CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

ROK III. Nr. 7

LIPIEC 1938 R.

OD ADMINISTRACJI.

Zwracamy się niniejszym do Szanownych Kolegów Prenumeratorów z zawiadomieniem, iż wprowadziliśmy rozsyłanie do wszystkich prenumeratorów zleceń inkasowych do Urzędu Pocztowego.

System ten zastosowaliśmy w celu udogodnienia i oszczędzenia czasu Szanownym Kolegom przy wnoszeniu prenumeraty za „Chirurga Polskiego" i dlatego uprzejmie prosimy o wpłacanie jej we właściwym terminie doręczycielom zleceń, gdyż w przeciwnym razie zwroty ich narażają Administrację na niepotrzebne koszty

ADMINISTRACJA.

CHIRURG POLSKI

ROK III. WARSZAWA, LIPIEC 1938 R. Nr 7

Z II Oddziału Chirurgicznego Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie
Ordynator: *Doc. Dr Jerzy Rutkowski*

Przypadek przepukliny wiązadła łonowo - pachwinowego Gimbernata (Hernia ligamenti Gimbernati)

podał

Sergiusz Karpowicz.

Przepuklina wiązadła Gimbernata jest odmianą, spotykaną stosunkowo bardzo rzadko wśród innych postaci przepukliny udowej (od roku 1833 do 1920 w literaturze spotykamy zaledwie 11 przypadków opisanych), z tego też względu przypadek rzeczonej przepukliny, operowany na II Oddziale Chirurgicznym Szpitala Dzieciątka Jezus, zasługuje na wzmiankowanie.

Po raz pierwszy *Laugier* w roku 1833 zwrócił uwagę na szczególną postać przepukliny udowej, przechodzącej przez wiązadło łonowo-pachwinowe (ligamentum lacunare Gimbernati). U jego 45 letniej chorej wystąpiły objawy uwięźnięcia, przy badaniu rozpoznano prawostronną przepuklinę pachwinową i jako taką potraktowano operacyjnie; jednakowoż w czasie operacji zauważono nietypowość przebiegu szyjki przepukliny. Odprowadzono worek przepuklinowy. Na 5 dzień po operacji naskutek zapalenia otrzewnej nastąpiło zejście niepomyślne i dopiero badanie pośmiertne dało pełne wytłumaczenie dziwnego przypadku: przepuklina przebijała wiązadło Gimbernata i spoczywała na powięzi mięśnia łonowego (m. pectineus), przykryta przez górną blaszkę powięzi szerokiej uda (fascia lata).

Cruveilhier w roku 1837 opisał podobny przypadek również u kobiety.

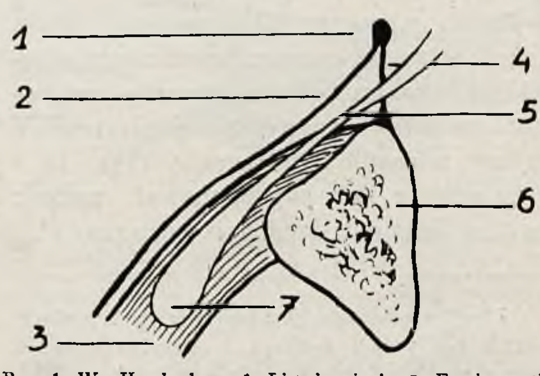
Po raz pierwszy u mężczyzny zaobserwował tę postać przepukliny *Demeau* w roku 1843.

Zarówno przypadek powyższy jak i następny *Nuhna* z roku 1847 były sekcyjne.

Według przypuszczeń *Devile'a* (1853), dwa przypadki przepukliny z piśmiennictwa angielskiego, opisane przez *Lukego*, miały by być przepuklinami typu *Laugiera*.

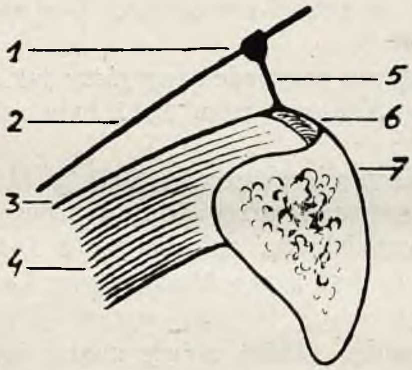
Legendre (1859) zbiera znane dotychczas w piśmiennictwie przypadki oraz dodaje dwa własne, spostrzegane sekcyjnie.

Harzbecker (1913) opisuje postać przepukliny (hernia pectinea), która przed wejściem pod powięź mięśnia łonowego (m. pectineus), przebijała najpierw więzadło łonowo-pachwinowe (lig. Gimbernati) rys. 1.

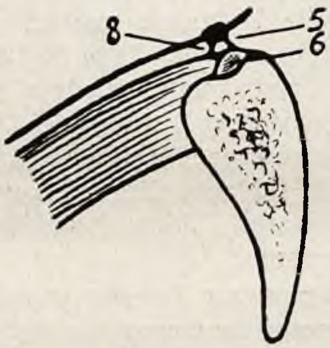


Rys. 1. Wg Harzbeckera. 1. Lig. inguinale. 2. Fascia pectinea. 3. Musculus pectineus. 4. Lig. lacunare. 5. Szyjka przepukliny. 6. Os pubis. 7. Worek przepuklinowy.

W roku 1920 ukazuje się wyczerpująca praca *Fischera* o przepuklinie wiązadła łonowo pachwinowego. Autor przytacza własny przypadek przepukliny u kobiety nie rozpoznany klinicznie (podejrzenia szły w kierunku *hydrocele femininum). Fischer* krytykuje podane przez *Harzbeckera* stosunki anatomiczne (rys. 1) przedstawione pomiędzy wiązadłem Gimbernata a powięzią mięśnia łonowego i ilustruje je schematem własnym (rys. 2a), gdzie oznacza wiązadło łonowe *Coopera* (rys. 2a, p. 6), które według niego bierze udział w tworzeniu się herniae pectineae. *Fischer* uwzględnia także w swym schemacie (rys. 2a p. 2 i 3) powięź szeroką uda i powięź mięśnia łonowego oraz wprowadza poprawkę co do brzmienia nazwy tej przepukliny, podkreślając moment, nieuwypuklony przez *Harzbeckera,* że opisana przez niego przepuklina, zanim przedostanie się pod powięź mięśnia łonowego, musi przebić wpierw wiązadło Gimbernata (rys. 1) i w związku z tym zaproponował nazwę: „hernia ligamenti lacunaris pectinea [1])".



Rys. 2a. Przekrój poprzeczny w części bocznej wiązadła łonowo-pachwinowego wg. Fischera. 1. Lig. inguinale. 2. Blaszka powierzchowna powięzi szerokiej. 3. Powięź mięśnia łonowego lub głębsza blaszka powięzi szerokiej uda. 4. Musculus pectineus. 5. Lig. lacunare. 6. Lig. pubicum Cooperi. 7. Pecten ossis pubis.



Rys. 2b. Przekrój poprzeczny wiązadła łonowo-pachwinowego w części przyśrodkowej, 5 mm. bocznie od guzka łonowego. wg. Fischera. Oznaczenia jak w rys. 2a. 8. przejście włókien ścięgnistych powięzi m. łonowego na wiązadło pachwinowe.

O sposobie powstawania przepukliny wiązadła łonowo-pachwinowego nie wiemy nic pewnego.

Laugier uważa swój przypadek za wrodzony; przypadek *Fischera* i nasz anamnestycznie wyglądają na sprawę nabytą.

Nuhn przypuszcza, że zamknięcie kanału udowego przez powiększone gruczoły limfatyczne, zmusza worek przepuklinowy do szukania drogi przez wiązadło łonowo-pachwinowe (lub przez powięź mięśnia łonowego w hernia pectinea).

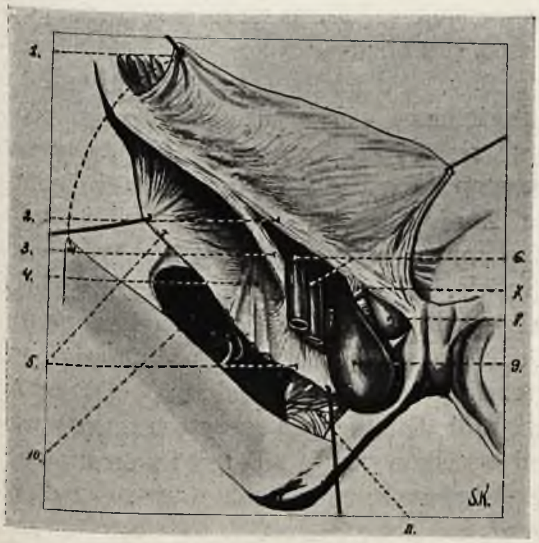
Harzbecker widział otworki w wiązadle łonowo-pachwinowym, *Fischer* uważa, że przepuklina przedostaje się właśnie przez takie otworki w wiązadle Gimbernata. Prawdopodobnie wchodzi tu w grę także zanik tkanki tłuszczowej, wypełniającej tę okolicę, i jej wiotczenie w starszym wieku.

Znamienny jest fakt, że we wszystkich dotychczas znanych przypadkach chodzi o ludzi powyżej lat 40.

Zestawienie przypadków z piśmiennictwa wskazuje na przewagę występowania rzeczonej przepukliny u płci żeńskiej. Zjawisko to miałoby swoje uzasadnienie w nieco odmiennych stosunkach anatomicznych u obu płci. Na podstawie swoich własnych spostrzeżeń anatomicznych (6 męż-

[1]) *Fischer* rozróżnia jeszcze dwie inne postaci: „hernia lig. pubici pectinea i „hernia femoralis interna pectinea", nie posiadające już bezpośredniego związku z wiązadłem łonowo-pachwinowym.

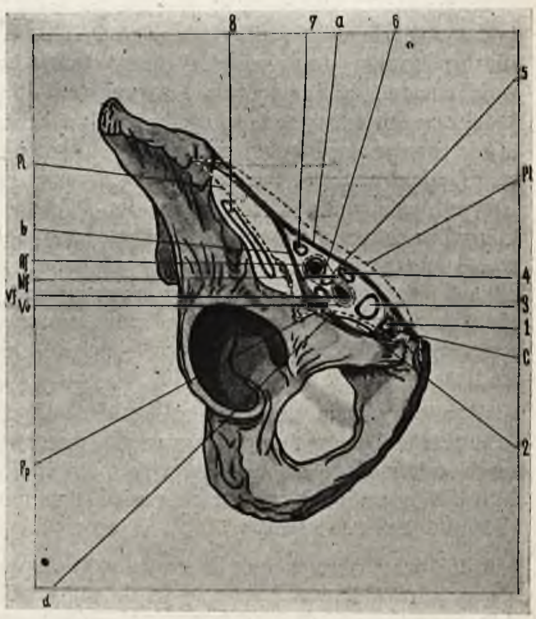
czyzn i 6 kobiet) w Zakładzie Anatomii Prawidłowej U. J. P. w Warszawie *(kier. Prof. Dr Edward Loth)*, mogę powiedzieć za *Legendrem* i *Fischerem*, że wiązadło łonowo-pachwinowe (ligamentum lacunare Gimbernati) jest dłuższe u kobiet niż u mężczyzn i łatwiej daje się wypreparować. Różnice więc płciowe są zaznaczone w budowie tego wiązadła, wbrew zapatrywaniom *Pantona*.



Rys. 3. Przepuklina wiązadła Gimbernata oraz typowa przepuklina udowa. **1.** Dogłowowa część przeciętej powięzi szerokiej uda odciągnięta ku górze. **2.** Lig. Pouparti. **3.** Lig. ileopectineum. **4.** Nervus femoralis. **5.** Fascia ileopectinea. **6.** Vasa femoralia. **7.** Lig. Gimbernati. **8.** Hernia lig. Gimbernati. **9.** Hernia femoralis typica. **10.** Acetabulum. **11.** Membrana obturatoria.

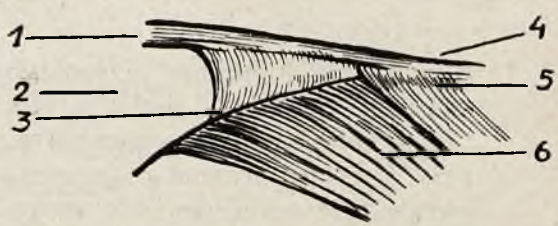
Wiązadło łonowo - pachwinowe (Lig. lacunare Gimbernati) jest ograniczone od góry przez wiązadło pachwinowe (lig. inguinale), od dołu przez wiązadło łonowe (lig. pubicum Cooperi), od strony przyśrodkowej szczytem swego klina przyczepia się do guzka łonowego (tuberculum pubicum), bocznie zaś, wklęsłą podstawą klina zwrócone jest do wielkich naczyń kanału udowego (rys. 3 i 4).

Wiązadło Gimbernata jest zatem rozpięte na kształt żagla w kącie przyśrodkowym kanału udowego pomiędzy wiązadłem pachwinowym, guzkiem łonowym i wiązadłem łonowym (rys. 2a i 2b); dołączają się do niego, według *Fischera* w części przyśrodkowej, włókienka powięzi mięśnia łonowego (rys. 5).



Rys. 4. (Schemat anatomiczny). Stosunek przepukliny wiązadła Gimbernata do pozostałych (innych) odmian przepuklin kanału udowego oraz do wiązadeł powięzi i naczyń. **1.** Hernia Lig. Gimbernati. **2.** Hernia pectinea. **3.** Hernia femoralis. **4.** Hernia praevascularis. **5.** Hernia intravaginalis (intervascularis). **6.** Hernia retrovascularis. **7.** Hernia laterovascularis. **8.** Hernia lacunae musculorum. **Af** — Arteria femoralis. **Vf** — Vena femoralis. **Vv** — Vagina vasorum. **Fl** — Fascia lata. **Fp** — Fascia pectinea. **Fi** — Fascia iliaca. **Nf** — Nervus femoralis. **a** — Ligamentum inguinale. **b** — Ligamentum ileopectineum. **c** — Ligamentum Gimbernati. **d** — Ligamentum Cooperi.

Przypadek nasz przedstawiał się następująco:



Rys. 5. Wg. **Fischera.** Wiązadło łonowo-pachwinowe od dołu i przodu schematycznie. **1.** Lig. inguinale. **2.** Pierścień wewnętrzny udowy. **3.** Lig. lacunare. **4.** Tuberculum pubicum. **5.** Włókna ścięgniste powięzi mięśnia łonowego, przechodzące na wiązadło pachwinowe. **6.** Fascia pectinea.

Chora L. A., lat 48 zgłosiła się do szpitala z powodu silnej bolesności w dole brzucha czemu to-

warzyszyły mdłości; ból umiejscawiał się wyraźnie w przyśrodkowej części prawej pachwiny, zwiększając się przy jakimkolwiek wysiłku fizycznym, np. po długim chodzeniu, (a nawet, jak podaje chora, w stanach zdenerwowania).

Mając lat 16, dźwigała w górę swego męża i w tym momencie uczuła silny ból w prawej pachwinie po stronie przyśrodkowej bliżej kości łonowej i zauważyła równocześnie uwypuklenie wielkości orzecha włoskiego; zwróciła się do chirurga, który rozpoznał przepuklinę i zalecił noszenie pasa przepuklinowego. Pas ten nosiła przez 2 lata. Uwypuklenie zniknęło i bóle ustały. Dopiero po kilku latach przy pracy w domu, podczas oddawania zapartego stolca, oraz przy większych wysiłkach odczuwała chora bóle w prawej pachwinie, zjawiające się zaś uwypuklenie częstokroć przytrzymywała ręką lub nawet sama je odprowadzała.

W międzyczasie urodziła troje dzieci. Porody odbyły się bez pomocy lekarskiej i bez większych zaburzeń ze strony pachwiny prawej. Chorób jakoby żadnych nie przechodziła. Anamneza rodzinna bez znaczenia.

3 dni przed przybyciem do szpitala L. A. uniosła w górę 6 letnie dziecko, poczuła silny ból w dole brzucha, zjawiły się mdłości i zmuszona była położyć się do łóżka.

Dnia 5.VI. 1937 została przyjęta do Szpitala Dz. Jezus na oddział chirurgiczny *Doc. J. Rutkowskiego.*

Badanie przedmiotowe wykazało: kobieta, lat 48, średniego wzrostu, dość mocnej budowy. Uchwytnych odchyleń od normy ze strony układu nerwowego, krążenia oraz układu pokarmowego i oddechowego nie stwierdza się. Ciepłota 37,1°.

Okolica pachwiny prawej: Nieco bocznie od prawego guzka łonowego, tuż pod wiązadłem pachwinowym widoczne jest uwypuklenie wielkości połówki jabłka, przy lekkim ucisku uwypuklenie to daje się odprowadzić, przy kaszlu powiększa się.

Dnia 8.VI. 1937 operacja: W uśpieniu sennarkolem Spiessa zrobiono cięcie podłużne, przechodzące przez wyniosłość przepukliny. Po odsłonięciu i wyodrębnieniu niewielkiego worka przepuklinowego, okazało się, że szyjka jego przechodzi przez rozstęp we włóknach wiązadła Gimbernata. Znajdujący się obok kanał udowy nieznacznych rozmiarów — wolny. Po otwarciu worka przepuklinowego wylała się z niego niewielka ilość surowiczego płynu. Podkłuto szyję worka i podwiązano ją, worek przepuklinowy odcięto. Otwór w wiązadle Gimbernata zaszyto trzema szwami węzełkowymi (1 silkowy i 2 strunowe). Pojedyńcze szwy z cienkiej struny na powięź, na skórę klamerki.

Przebieg pooperacyjny pomyślny. Chora wypisała się z raną pooperacyjną zagojoną przez rychłozrost bez żadnych dolegliwości po 19 dniach pobytu w szpitalu.

Wnioski.

1. Rozpoznanie kliniczne przepukliny wiązadła łonowo - pachwinowego Gimbernata jest prawie niemożliwe; przy rozpoznawaniu możnaby uwzględniać umiejscowienie uwypuklenia tuż przy guzku łonowym. Przepuklina wiązadła Gimbernata dotychczas klinicznie nie była rozpoznawana. Małą ilość przypadków opisanych (zaledwie 11 od roku 1833 do 1920) należy przypisać prawdopodobnie temu, że przepuklina ta jest operowana częstokroć jako przepuklina udowa.
2. Usposabia do powstawania przepuklin wiązadła Gimbernata a) wiek powyżej lat 40, (jakkolwiek w naszym przypadku cierpienie wystąpiło rzekomo w 16-m roku życia, to jednak objawy uwięźnięcia wystąpiły w 48-m roku życia), b) wiotkość tkanki tłuszczowej, c) płeć żeńska,

d) obecność otworków w wiązadle oraz e) jako moment wywoławczy (podobnie jak w każdej przepuklinie) wysiłek fizyczny.

3. Leczenie operacyjne winno polegać na szczelnym zaszyciu otworu w wiązadle łonowo-pachwinowym.

PIŚMIENNICTWO:

1. *Ambrożewicz A.:* W sprawie operacji przepukliny udowej. Polski Przegląd Chirurg. Tom I Zeszyt 4. Warszawa. 1922. 2. *Cruveilhier:* Bulletin de la Société Anatomique. p. 27. 1837. 3. *Demeau:* Annales de la chirurgie. p. 476. 1841. 4. Demeau: Thèse sur les hernies crurales, p. 16. 1843. 5. *Deville:* Coup d'oeil sur la chirurgie anglaise, p. 78. 1853. 6. *Fischer A. W.:* Die Hernie des Ligamentum lacunare nebst Bemerkungen über die verschiedenen Formen der Hernia pectinea. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, 158 Bd. Frankfurt a M. 1920. 7. *Graser E.:* Die Hernien. Handbuch der praktischen Chirurgie III Bd. München. 1929. 8. *Harzbecker O.:* Ueber die Entstehung der Hernia pectinea. Deutsche. Med. Wochenschr. Bd. 16. 1913. 9. *Kirschner M. u. Nordmann O.:* Die Chirurgie. Bd. V. Berlin. 1927. 10. *Laugier M.:* Note sur une nouvelle espèce de hernie de l'abdomen à travers le ligament de Gimbernat. Arch. generales de med. Serie II, tome II. p. 27 1833. 11. *Legendre:* Mémoire sur quelques variétés rares de la hernie crurale. Gazette médicale de Paris. 1859. 12. *Nuhn:* Ueber die Hernie des lig. Gimbernati nebst einigen Anatomischen Bemerkungen über Gimbernatsche Band. Med. Annalen. Bd. 13, H. 2. Heidelberg 1847. 13. *Panto Allison:* Les facteurs étiologiques de la hernie crurale. Journal of Anatomy Vol. LVII, p. 106 — 146. Janvier 1932. 14. *Panton Allison:* Journal de Chirurgie. Tome XXI. N. 4. Avril. 1923. 15. *Rutkowski J.:* Chirurgia. Tom III. Warszawa 1937. 16. *Rutkowski J.:* Rzadka zawartość w worku przepuklinowym. Ginekologia Polska t. V. zeszyt VII — IX. Warszawa. 1926.

RESUMÉ.

En se basant sur un cas personel de la hernie dite du ligament de Gimbernat ainsi que sur les observations trouvées dans la litterature mondiale l'auteur décrit cette rare forme anatomique. Parmi les facteurs qui prédisposent à cette rare modification de la hernie crurale il mentionne la sexe feminine, l'age plus avancé, relachement du tissu graisseux et les trous anormaux qu'on peut parfois trouver dans le ligament. Le diagnostic avant l'operation n'est pas possible. Le traitement doit consister dans la fermeture exacte opératoire du ligament.

Z Oddziału chirurgicznego Szpitala im. G. Narutowicza w Krakowie
(Prymariusz: *Dr Jerzy Jasieński).*

Przyczynek do leczniczej wartości witamin i lipoidów w schorzeniach chirurgicznych

podał

Witold Preiss.

Doniedawna chirurg nie interesował się zbytnio nowoczesną farmakologią mało poświęcając uwagi nowym, coraz to liczniej pojawiającym się preparatom farmaceutycznym. Leżało to niejako w naturze rzeczy, że w szeregu schorzeń nie musiał sto-

sować żadnych środków farmakologicznych, w innych, dla uzupełnienia leczenia chirurgicznego, wystarczał mu skąpy arsenał pewnych i dawno wypróbowanych środków. Olbrzymie jednak postępy poczynione w ciągu lat ostatnich w zakresie biochemii sprawiają, że nasze zainteresowania rozszerzają się coraz bardziej i w tym kierunku.

W ostatnich czasach jesteśmy świadkami zasadniczego przewrotu w dziedzinie dietetyki, przewrotu w następstwie którego poglądy, ustalające normy odżywiania na podstawie energetycznej wartości pokarmów (*Voit*, *Rubner* i in.), a więc normy ilościowe ustępują miejsca normom jakościowym, określającym wartość pokarmów na podstawie biologicznych ich właściwości. Punktem zwrotnym było odkrycie witamin, których dowóz w potrzebnej dla ustroju ilości — w miarę dokładnego ich poznawania — coraz bardziej uczymy się cenić.

Mimo wszakże należytej oceny przez świat lekarski tych odkryć, nie wiele tylko uczyniono w tym kierunku w zakresie dietetyki szpitalnej. Dotychczas bowiem podejmowano tylko sporadycznie doświadczenia, mające na celu wykazanie wpływu jaki okazuje to lub inne odżywianie na przebieg różnorodnych schorzeń. Nie wszystkie pomysły okazały się zresztą szczęśliwe. Diety np. proponowane przez *Sauerbrucha*, *Hermannsdorfera* i *Gersona*, posiadające rzekomo działanie przeciwzapalne i mające okazywać korzystny wpływ na gojenie się ran zakaźnych i przebieg ciężkich postaci gruźlicy, nie znalazły wielu zwolenników jako zbyt jednostronne i nie uwzględniające należycie biochemicznych właściwości pokarmów.

Ostatnio coraz częściej rozlegają się głosy, iż zbyt mało poświęcamy uwagi odżywianiu leczonych przez nas chorych. Odżywianie chorych w szpitalach — na co słusznie zwrócił uwagę *Fromme* na 61 Zjeździe Chirurgów Niemieckich — nie stoi bynajmniej na wysokości zadania. Poza chorobami przemiany materii i schorzeniami nerek u chorych chirurgicznych, w pozostałych przypadkach nie interesujemy się zbytnio dietą chorych, do tego stopnia, że nawet normy ilościowe nie bywają ściśle przestrzegane. Również *Löhr* z naciskiem podkreśla, że chorzy szpitalni nie są odpowiednio odżywiani. Zwraca on szczególną uwagę na brak potrzebnej ilości witamin w diecie szpitalnej. Twierdzi, że hipowitaminozy szpitalne są znacznie częstsze, niż dotychczas przypuszczaliśmy, że występują one zwłaszcza w przypadkach schorzeń przewlekłych, które same przez się wzmagają zapotrzebowanie ustroju na witaminy. Te hipowitaminozy, nie przejawiające się wyraźnie klinicznie, są przyczyną obniżenia zarówno ogólnej jak i miejscowej odporności ustroju. Sprawę tę rozwiązuje *Löhr* przez podawanie chorym tranu doustnie, lub w postaci maści, uważając ustalający opatrunek z tranem, położony na ranę zakażoną, za parenteralne leczenie witaminowe. Liczne badania doświadczalne, przeprowadzane na zwierzętach i olbrzymie doświadczenie kliniczne, wydają się świadczyć o niezwykłej skuteczności tego leczenia w szeregu schorzeń chirurgicznych.

Poza witaminami zwraca się ostatnio coraz więcej uwagi na rolę lipoidów w ustroju. Warunkują one przebieg wielu procesów fizjologicznych, pośrednicząc, jako nieodzowny składnik każdej tkanki zwierzęcej, w metaboliźmie komórki. Znajdują się one w tkankach obok cholesterolu, głównie w postaci fosfatydów, tj. lipoidów zbudowanych z gliceryny, kwasu fosforowego, kwasów tłuszczowych i zasad azotowych. Wzajemne różnice zachodzące między fosfatydami poszczególnych tkanek nie dadzą się jeszcze dzić wyjaśnić che-

micznie. Składa się na to, poza niedoskonałością naszych analitycznych metod badania, także wielka wrażliwość lipoidów na wpływ ciepła, tlenu atmosferycznego, światła itd. *(Skarżyński)*. Różnice te można wykazać na drodze biologicznej, najdokładniej zaś widać je w doświadczeniach na zwierzętach, w których, w zależności od pochodzenia lipoidów i sposobu ich uzyskania, odkładały się one bądź w wątrobie *(Franchini, Salkowski)*, bądź w mózgu *(Serejski)*. Aby lepiej zrozumieć znaczenie lipoidów dla ustroju i szeroką skalę ich działania, dość wspomnieć o wynikach uzyskanych przez niektórych badaczy:

Bürchardt w doświadczeniach na psach, a *Bürger* na myszach wykazali, że wyższy poziom cholesterolu we krwi zwiększa odporność na zakażenie. *Weil* i *Besser*, ze względu na stwierdzoną zależność własności stosowanych szczepionek od ilości zawartych w nich lipoidów, uważają, że posiadają one własności przeciwciał odpornościowych. Z szeregu przeprowadzonych badań wynika, że cholesterol posiada działanie antagonistyczne wobec jadów chemicznych, roślinnych i zwierzęcych i działa odtruwająco w chorobach zakaźnych *(Monceaux)*. Wreszcie badania *(Reitera* i *Weygandta)* nad wpływem lipoidów na przemianę białkową dowodzą, że dodanie ich do pokarmów wzmaga odkładania się białka, zmniejsza natomiast jego rozpad. *Wheelerowi-Hillowi* udało się nawet wyrównać wywołany przez niedożywianie ujemny bilans azotowy przez podawanie małych ilości preparatu zawierającego lipoidy Promonta).

Zupełnie swoiście działają lipoidy na ośrodkowy układ nerwowy. Jest to zupełnie zrozumiałe, jeśli uwzględnimy, że stanowią one ponad 60% składników chemicznych suchej pozostałości mózgu i rdzenia. Oddawna też wiadomo, że w pewnych chorobach ośrodkowego układu nerwowego ilość lipoidów zmniejsza się. Z drugiej strony uzyskano korzystne wyniki lecznicze dzięki podawaniu lipoidów w stanach wyczerpania nerwowego, u neuropatów itd. Aby jednak wprowadzone do ustroju lipoidy mogły spełnić całkowicie swe zadanie, muszą one być przygotowane w sposób, który nie zmieni ich właściwości chemicznych i biochemicznych i podane w postaci łatwo przyswajalnej. Rzecz prosta że nie możemy tego uzyskać na drodze modyfikacji diety szpitalnej i że wymaga to podawania chorym odpowiednich preparatów.

W świetle naszych wstępnych rozważań nad potrzebą jakościowego uzupełniania diety witaminami, i w świetle powyższych uwag o lipoidach, staje się zrozumiałe, że zwróciliśmy uwagę na preparat „Promonta" który swym składem i sposobem przygotowania odpowiada wymaganiom, stawianym środkowi mającemu na celu uzupełnić dietę, i będącemu niejako odżywką. Preparat ten zawiera bowiem w stanie niezmienionym i w prawidłowym wzajemnym stosunku poszczególne lipoidy ośrodkowego układu nerwowego (fosfatydy, cholesterol), dalej witaminy A, D, E i ponadto glicerofosforan wapnia, żelazo, węglowodany i łatwo rozpuszczalne ciała białkowe. Stwierdzone przez *Serejskiego* w doświadczeniach na 60-ciu psach, którym podawano „Promontę" zwiększenie się zawartości lipoidów w mózgu, nakreśliło zarazem wskazanie do stosowania tego preparatu w stanach wyczerpania nerwowego i psychicznego, zależnego w dużej mierze od zubożenia tkanki mózgowej w lipoidy. Celowy i korzystny, zdaniem *Schittenhelma* i *Massatscha*, skład chemiczny „Promonty", wykazana przez *Steudela* duża ilość witamin i przez *Loewego*, *Kunza* i *Molitora*, duża wartość odżywcza tego preparatu, znalazły potwierdzenie również w naszych doświadczeniach kli-

nicznych. Stosowaliśmy go mianowicie w kilkunastu przypadkach ciężkich, przewlekających się spraw ropnych, przy czym u większości chorych, poza poprawą stanu ogólnego i nerwowego, uzyskiwaliśmy również wybitną poprawę schorzenia podstawowego.

Ostrożny w wyciąganiu wniosków o skuteczności działania preparatu, wykazanej na niewielkim materiale chorych, przytaczam dla objektywnej oceny krótki opis kilku w ten sposób wyleczonych przypadków.

Przypadek 1. Chory E. Z. lat 14, (Nr. hist. chor. 666/38), skierowany został z oddziału wewnętrznego z ropniakiem prawej opłucnej, (wysięk sięgał do II żebra z przodu), po przebytym płatowym zapaleniu płuc. Wychudzenie znacznego stopnia, brak łaknienia, chory apatyczny. Stany podgorączkowe do 38° C. Z punktatu wyhodowano paciorkowce. Pod wpływem podawanej antistreptyny ciepłota opada do normy, wysięk jednak, mimo kilkakrotnych nakłuć opróżniających, cofał się bardzo powoli i zły ogólny stan chorego nie ulegał poprawie. Rozpoczęto podawanie „Promonty" trzy razy dziennie po 2 łyżeczki w mleku. Już po kilku dniach łaknienie poprawiło się tak, że chory zjadał całą dietę wraz z dopisanymi dodatkami, ożywił się, stał się rozmowny. Chory w ciągu 2 tygodni otrzymał 250 g „Promonty" i opuścił szpital na początku 3-go tygodnia, wobec tego, że kontrola rentgenowska poza zgrubieniem prawej opłucnej nie wykazała obecności płynu.

Przypadek 2. Chory J. S. lat 34, (Nr. hist. chor. 3374/37), leczony z powodu rany ciętej okolicy stawu nadgarstkowego ręki prawej, drążącej do stawu i następowej ropowicy dłoni i przedramienia. Mimo rozległych nacięć i sączkowania, gorączka utrzymywała się przez czas dłuższy; kilkakrotnie otwierano tworzące się zacieki. Stan psychiczny chorego był fatalny. Nie sypiał, łaknienie bardzo znacznie było upośledzone. Chory zdenerwowany, stał się przykry dla otoczenia. Początkowo pod wpływem „Promonty" nie stwierdzono poprawy miejscowej. Samopoczucie jednak chorego uległo wyraźnej poprawie; łaknienie i sen powróciły, nerwowo i psychicznie powrócił do równowagi. Stan ten trudnoby było doprawdy przypisać przypadkowi. Sprawa chorobowa bowiem nadal postępowała, obawa chorego o los ręki prawej powinna się była właściwie zwiększać. Mimo to wszakże, zdaniem moim, niewątpliwie pod wpływem „Promonty", zmieniło się nastawienie psychiczne chorego, co wpłynęło na poprawę jego stanu ogólnego i wzmocniło siły obronne. W związku z tym, już pod koniec drugiego tygodnia podawania „Promonty" stwierdziliśmy uspokojenie się postępującej sprawy ropnej.

W ramach krótkiego doniesienia nie mogę przytoczyć wszystkich historyj chorób przypadków, w których stosowaliśmy „Promontę", ograniczę się więc do ich wyszczególnienia. Podawaliśmy „Promontę" w trzech przypadkach ropniaka opłucnej, po płatowym zapaleniu płuc, w dwóch przypadkach ropowicy kończyn, w przypadku ropni przerzutowych kończyn po płatowym zapaleniu płuc, w przewlekłym zapaleniu szpiku kostnego u dzieci, w przewlekającym się ropieniu w przypadku ropnego zapalenia woreczka żółciowego, wreszcie w przypadku wola zamostkowego.

Poza przypadkiem ropniaka opłucnej, powikłanym postępującą sprawą gruźliczą w obu płucach (zejście śmiertelne po 6-ciu miesięcznym leczeniu), w którym w okresie stosowania „Promonty" nie spostrzegaliśmy wyraźniejszej poprawy, w pozostałych wpływ leczniczy „Promonty" był niewątpliwy. Wybitnie poprawiało się samopoczucie chorych, następowała korzystna zmiana ich usposobienia, poprawa łaknienia i związany z tym przybytek na wadze, wreszcie dobry sen.

W spostrzeżeniach naszych nie jesteśmy bynajmniej odosobnieni. Stanowią one raczej przyczynek do obszernego piśmiennictwa jaki poświęcono już temu preparatowi (*Simonson, Müller, Braun, Kalinowski, Kacperski* i inni). Nie opisano wszakże dotąd, na podstawie dostępnego mi piśmiennictwa sądząc, korzystnego wpływu stosowania preparatu na przebieg samej choroby chirurgicznej, spostrzeganego w większości naszych przypadków (spadek ciepłoty, cofanie się wysięku opłucnowego, szybkie oczyszczanie się i gojenie ran).

Trudno rozstrzygnąć, czy działanie to

przypisać należy bezpośredniemu wpływowi zawartych w preparacie witamin, czy też lipoidom, czy wreszcie uzyskana przy pomocy tego preparatu poprawa stanu ogólnego chorego pośrednio ułatwiła i umożliwiła mobilizację sił obronnych ustroju. Sporadycznie stosowane przez nas uprzednio w podobnych wypadkach preparaty witaminowe nie dawały tak przekonywujących wyników. Przypuszczamy, że połączenie witamin z lipoidami okazało się szczególnie szczęśliwym i sprawiło, że uzyskaliśmy tak korzystne wyniki. Zachęceni tym stosujemy nadal Promontę uważając preparat za doskonałą odżywkę, uzupełniającą niedostateczną pod względem jakościowym dietę szpitalną w przypadkach przewlekłych spraw chorobowych, w szczególności u tych osobników o podłożu neuropatycznym, których stan ogólny podupada niewspółmiernie do ciężkości schorzenia chirurgicznego i niweczy przez to wszystkie wysiłki lekarza, dążącego do jaknajszybszego wyleczenia chorego.

PIŚMIENNICTWO.

Braun: Warsz. Czasop. Lek. 1933, 39. *Bürchardt:* Klin. Wsch. 1929, s. 1179. *Franchini:* Bioch. Z. 6, 210. *Fromme:* Arch. f. klin. Chir. 1926, t. 189. *Kacperski:* Warsz. Czasop. Lek. 1937, 40. *Kalinowski:* Now. Lek. 1930, 19. *Kunz* i *Molitor:* Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1928, 132. *Loewe:* Klin. Wsch. 1928, 6. *Löhr W.:* Wundheilung, J. A. Barth, 1937. *Monceaux:* Presse medic. 1931, 18 — 19. *Reiter* i *Reissmann:* Klin. Wsch. 1928, 7. *Salkowski:* Bioch. Z. 51, 407. *Sauerbruch:* Münch. med. Wsch. 1924, 320. *Schittenhelm* i *Massatsch:* D. med. Wsch. 1925, 17. *Sauerbuch, Herrmannsdorfer* i *Gerson:* Münch. med. Wsch. 1926, 2/3. *Serejski:* Bioch. Z. 201, 292. *Skarżyński:* Pol. Gaz. Lek. 1930, 27. *Steudel Hoppe-Seylers:* Zsch. f. Physiol. Chem. 1927, 170. *Weil* i *Besser:* Klin. Wsch. 1931 s. 1941. *Weygandt:* Med. Klin. 1922, 7. *Wheeler-Hill:* Klin. Wsch. 1926, 43.

Z Oddziału Chirurgicznego Państwowego
Szpitala Powszechnego we Lwowie.

O ranach kąsanych i ich leczeniu

podał

Dr Zygfryd Binder.

R a n y k ą s a n e należą do ran powstałych w następstwie ucisku, względnie zadanych narzędziem tępym. Wyglądem przypominają one już to bardziej rany kłute (rany zadane przez ukąszenie węża, psa, zwierząt drapieżnych), to znów raczej rany miażdżone (rany powstałe przez ukąszenie konia, człowieka). W mechaniźmie powstawania ran kąsanych mamy do czynienia z sumowaniem się dwóch czynników: czynnik pierwszy — to ucisk, który prowadzi do pierwotnego obrażenia; do niego następowo przyłącza się silne pociąganie, jako siła działająca w kierunku prostopadłym do pierwotnego obrażenia, dzięki czemu rany kąsane przybierają często wygląd ran szarpanych.

Rany kąsane mogą być zadane przez człowieka lub zwierzęta. Rany kąsane zadane przez człowieka spotyka się zwykle na odsłoniętych i wystających częściach ciała, jak na palcach rąk, nosie i małżowinach usznych. Rany te stanowią nieraz dokładne odbicie danego uzębienia. W wyjątkowych wypadkach mamy do czynienia z ranami kąsanymi, które dany osobnik za-

daje sobie, najczęściej umysłowo chory; zwykle jednak rany te spowodowane są przez osobę drugą, przeważnie płci odmiennej. W tych wypadkach następuje czasem zupełne odkąsanie małych części ciała, jak końcowych członków palców rąk, części małżowin usznych lub końca nosa względnie skrzydeł nosowych. Brzegi takich odkąszeń wykazują zwykle odbicie zębów i są podbiegnięte krwią.

Rany kąsane zadane przez zwierzęta spotykamy na kończynach dolnych, na rękach lub twarzy. Ze zwierząt, które wchodzą w rachubę należy wymienić przede wszystkim psy, dalej konie i koty. Rany kąsane zadane przez dzikie zwierzęta spostrzegamy głównie w krajach egzotycznych, w naszych warunkach klimatycznych u osób pracujących w zwierzyńcach. Rany kąsane zadane przez węże nie należą i u nas do rzadkości.

Rany kąsane są obrażeniem częstym, pomimo to postępowanie lecznicze obierane w tych wypadkach pozostawia zwykle wiele do życzenia. Opiera się ono w swym założeniu na stwierdzeniu, mocno moim zdaniem przesadzonego niebezpieczeństwa ran kąsanych, które polegaćby miało na skłonności ran kąsanych do długotrwałego ropienia, oraz na zakażeniu jadłem wścieklizny. Ciężkie powikłania w postaci głębokich ropowic, a nawet stanów posocznicowych, mają być tu zjawiskiem dość częstym. Konsekwencją takiego nastawienia jest postępowanie wyczekujące, mało radykalne, traktujące każdą ranę kąsaną już od pierwszej chwili jako ranę w wysokim stopniu zakażoną. Polega ono właściwie na pozostawieniu rany swemu losowi, a niemal za błąd w sztuce uważamy jest szew pierwotny rany kąsanej. Rany kąsane zadane przez człowieka uchodzą na ogół za mniejsze nieszczęście, rany zadane przez zwierzęta, choćby domowe, zdają się dawać najgorsze rokowanie już od pierwszej chwili po powstaniu obrażenia.

Tymczasem nawet powierzchowna analiza musi budzić wątpliwość co do słuszności i celowości takiego postępowania leczniczego. Ani charakter ran kąsanych, ani też ich umiejscowienie nie mogą być same przez się tak szkodliwe. Pozostaje więc jedynie przypuszczenie, że czynnikiem groźnym jest albo ślina, albo też flora bakteryjna jamy ustnej zwierząt. Tymczasem każdy kto ma możność obserwowania zwierząt domowych zauważył niechybnie, że oczyszczają one (zwłaszcza psy(każdą swą ranę zwilżając ją językiem. Nie powoduje to nie tylko żadnych powikłań w gojeniu się ran, lecz przeciwnie zdaje się ono przebiegać u zwierząt znacznie szybciej niż u człowieka („przysycha jak na psie"). Działanie śliny jest tu głównie mechaniczne, na drugim dopiero planie znajduje się działanie chemiczne. Ten czynnik mechanicznego działania łączy się głównie z zawartością wody i mucyny. Natomiast w składzie chemicznym śliny człowieka, a wśród zwierząt świni, zaczyn amybolityczny, ptyalina odgrywa ważną rolę jako ferment trawienny. Jak widać więc sam skład śliny, a zwłaszcza zwierzęcej, w niczym nie tłumaczy jej rzekomego szkodliwego działania na gojenie się ran kąsanych.

Do powstania zakażenia rany nie wystarcza sama obecność drobnoustrojów chorobotwórczych, lecz wpływają tu jeszcze inne czynniki. Należy zaliczyć do nich przede wszystkim s t a n o d p o r n o ś c i organizmu w chwili powstania rany i wniknięcia do niej drobnoustrojów. Tam gdzie przy zadaniu rany nastąpiło z m i a ż d ż e n i e t k a n e k, na skutek czego w ranie znalazła się spora ilość obumarłej tkanki, gdzie rana posiada brzegi nierówne, pełne zagłębień, wypełnionych skrzepłą krwią — zakażenie powsta-

je łatwo, gdyż martwa tkanka i skrzepy krwi są dobrym podłożem dla rozwoju drobnoustrojów. Tym też tłumaczą się dobre wyniki lecznicze, które uzyskujemy postępowaniem chirurgicznym; wycinając i wyrównując brzegi rany usuwamy tkankę martwiczą i skrzepy krwi. Niepośledną rolę odgrywa również z e s p ó ł b a k t e r y j n y, który znajduje się w zakażonej ranie. Wśród drobnoustrojów mogących spowodować zakażenie przyranne ran kąsanych wymienić należy przede wszystkim gronkowce. *Neisser* uważa, że pod względem wrażliwości na zakażenie gronkowcowe, człowiek zajmuje pierwsze miejsce przed koniem, psem, wołem, kozą, królikiem, morską świnką i myszą. Zakażenie jednak gronkowcami przebiega na ogół łagodnie, nie wywołując zwykle poważniejszych powikłań.

Znacznie cięższy przebieg ma zakażenie paciorkowcami, zwłaszcza zaś szczepami hemolitycznymi. Jeżeli proces chorobowy zacznie się rozwijać w naczyniach limfatycznych skóry, to mogą wystąpić objawy róży, gdy zakażenie przenika w tkankę łączną między skórę a powięź, rozwijają się ropnie i ropowice, jeżeli paciorkowiec przedostaje się do układu krążenia, powstaje wówczas posocznica. Wrażliwość na zakażenie paciorkowcem jest u ludzi różna. Wśród beztlenowców powodujących zakażenie przyranne należy wspomnieć o tężcu. Laseczniki tężca, względnie jego zarodniki znadują się bardzo często w otoczeniu człowieka (w ziemi, mule rzecznym, pyle ulicznym). *Scheft* znalazł je w zepsutych zębach, *Helb* — w ślinie człowieka, poza tym laseczniki tężca znajdują się często w kale ludzi i zwierząt. Przy ranach powstałych w następstwie ukąszenia przez zwierzęta, a zwłaszcza przez psy i koty, musimy liczyć się z możliwością zakażenia wścieklizną. Schorzenie to jest rozpowszechnione wśród zwierząt na całej kuli ziemskiej, wyjąwszy Anglię. W tym bowiem kraju wytępiono całkowicie wściekliznę, a zakaz przywozu psów do Anglii chroni ją przed możliwością ponownego zawleczenia tej choroby.

Wprowadzenie metody pierwotnego wycinania i zespalania ran, święci dzisiaj prawdziwe tryumfy w chirurgii urazowej, zwłaszcza w leczeniu otwartych złamań. Zachodzi więc pytanie, dlaczego właśnie rany kąsane mają być traktowane tak po macoszemu zgoła odmiennie od sposobu stosowanego przy innych ranach, podobnych kształtem, a często poważniej zanieczyszczonych. Wszak wiemy aż nazbyt dobrze, że o dalszym przebiegu zakażenia i wyleczeniu rozstrzyga nie tylko rodzaj i siła czynników chorobotwórczych, lecz również, i to przynajmniej w stopniu równorzędnym, miejscowa oraz ogólna odporność ustroju. Zakażenie rany jest równoznaczne z jej zanieczyszczeniem, i to bądź bakteryjnym, drobnoustrojami chorobotwórczymi, bądź też toksycznym przez jady pochodzenia zwierzęcego. Zanieczyszczone w ten sposób rany mogą mimo to zagoić się bez najmniejszych powikłań; dzieje się to wtedy, gdy procesy połączone z gojeniem się rany potrafią zniszczyć drobnoustroje niechorobotwórcze, bądź też bakterie o małej jadowitości *(Lexer)*.

Dlatego też nasze postępowanie lecznicze powinno wychodzić z założenia biologicznego i dążyć do wspomagania tkanek w ich walce z ewentualnym zakażeniem. Osiągamy to wycinając brzegi rany i zapewniając jej następnie bezwzględny spokój. Wycięcie brzegów rany zamienia ranę przypadkową na ranę, względnie jałową, operacyjną, następowe zaś jej zeszycie przyspiesza wydatnie gojenie. Dzięki opatrunkom ustalającym zapewniamy zranionej kończynie bezwzględny spokój; ten o-

statni czynnik odgrywa w leczeniu następowym ran pierwszorzędną rolę. Skrupulatne wycięcie brzegów rany w piewszych godzinach po urazie jest — o lie chodzi o zakażenie tężcem, nie mniej ważne od zapobiegawczego wstrzyknięcia surowicy. Niektórzy z autorów *(Böhler)* uważają to zapobiegawcze postępowanie chirurgiczne w postaci wycięcia brzegów rany za znacznie ważniejsze od wprowadzenia do ustroju surowicy, rezygnując często wogóle z wykonania wstrzyknięcia zapobiegawczego. O ile chodzi o rany kąsane, to stanowisko dotychczasowe t. zw. klasyczne *(Hudacsek, Verth)* streszcza się w następujących tezach: W przypadkach ran kąsanych rokowanie jest zasadniczo bardzo złe; są to rany zawsze zakażone i to przeważnie przez drobnoustroje o wysokiej jadowitości. Zmiażdżenie tkanek wpływa w wysokim stopniu sprzyjająco na rozwój bakterii ropnych. Dlatego też bezwzględnie nie wolno ran takich zeszywać i należy pozostawić je otwarte, rezygnując tym samym z wygojenia się tych ran bez ropienia. W ostatnich jednak czasach nie brak spostrzeżeń, że rany kąsane, zwłaszcza pochodzenia zwierzęcego, nie są zbyt groźne *(Dimtze, Krüger)*; w odróżnieniu od nich rany zadane przez ukąszenie człowieka charakteryzują się ciężkim przebiegiem i prowadzą do powikłań, wymagających niekiedy nawet odjęcia kończyn *(Maier)*.

Opierając się na tych spostrzeżeniach oraz danych higieny i patologii zarówno człowieka, jak i zwierząt, zwłaszcza domowych, postanowiłem nieco zmodyfikować praktykowany dotychczas sposób leczenia ran kąsanych. Usiłowania moje zmierzały do wykonywania szwu pierwotnego ran kąsanych we wszelkich wypadkach, gdzie było to możliwe, to znaczy o ile pomiędzy obrażeniem, a chwilą zaopatrzenia nie minął czas dłuższy aniżeli 8 godzin.

W czasie od 30.XI. 1935 do 13.VIII 1937 a więc w okresie przeszło 20 miesięcznym zaopatrzono w przychodni naszego oddziału 118 osób zgłaszających się z ranami kąsanymi. Zostały one zadane przeważnie przez psy (94 przyp. — 79.6%) rzadziej przez ludzi (6 przyp. — 5%) koty i konie (po 5 przyp. 4.2%) krowę i wiewiórkę (po 1 przyp.). Osoby pokąsane zgłaszały się do zaopatrzenia przeważnie w długi czas po urazie (niekiedy po 4-ch tygodniach) gdy rana zakażona powodowała już dość daleko posunięte powikłania; przed upływem 8-miu godzin od obrażenia zgłosiło się zaledwie 14 osób (11.8%), przed upływem pierwszej doby 13 osób (11%) przed upływem drugiej doby 11 osób (9.3%), olbrzymia zaś większość, bo 80 osób (67.9%), zgłosiła się do opatrzenia znacznie później.

Ze zgłaszających się osób dość znaczny odsetek, bo 38 osób (32.2%) wykazywał powikłania już w chwili zgłoszenia się do opatrunku (ropienie rany, stan zapalny, ropowice itp.); 8 osób (6.7%) wykazywało powikłania specjalnie ciężkie, które później omówię. Postępowanie lecznicze obrane przeze mnie, przedstawiało się w głównych punktach w sposób następujący: *Wszystkie świeże rany, tj. zadane przed upływem 8-miu godzin, zeszywałem po uprzednim wycięciu.* Gdy chorzy zgłaszali się po upływie tego okresu, zakładałem tylko opatrunek jałowy. Następnie dbałem we wszystkich wypadkach o *bezwzględny spokój chorej kończyny;* w przypadkach ran kąsanych kończyn górnych ustalałem je na szynie, gdy obrażenie dotyczyło kończyny dolnej, zalecałem leżenie w łóżku. O ile chorzy zgłaszali się przed upływem 72 godzin od chwili ukąszenia, otrzymywali zapobiegawcze wstrzyknięcie surowicy przeciwtężcowej; zgłaszający się po tym okresie surowicy nie otrzymywali.

W każdym wypadku pokąsania, zwierzęta będące sprawcami obrażenia zostawały poddawane badaniu weterynaryjnemu, a przy najmniejszym podejrzeniu na wściekliznę, osoby poszkodowane poddawały się szczepieniu ochronnemu. Leczony w ten sposób materiał chorych daje się podzielić na dwie grupy:

G r u p a I — to osoby, które zgłosiły się w kilka godzin po obrażeniu, w każdym jednak razie przed upływem 8-miu godzin. U chorych tych zeszyto rany po uprzednim wycięciu u wszystkich tych chorych nastąpiło gojenie się rany przez rychłozrost, bez najmniejszych powikłań, z pozostawieniem małej kosmetycznej blizny. Były to rany zadane przez psa, konia, kota, umiejscowione na dłoni, przedramieniu, podudziu, twarzy, wargach. Z 14-tu osób, u których można było założyć pierwotny szew rany, to znaczy które zgłosiły się przed upływem 8-miu godzin od chwili pokąsania, zeszyto rany w 13-tu przypadkach. W każdym z tych przypadków nastąpiło szybko całkowite wygojenie. Tylko jedna z tych osób, u których można było założyć szew pierwotny, kobieta pokąsana w palec przez wiewiórkę, nie chciała zgodzić się na zeszycie rany. Założono jej więc tylko opatrunek jałowy, czego następstwem było długotrwałe ropienie rany.

G r u p a II — to osoby, które zgłosiły się do opatrunku po upływie 8-miu godzin od chwili pokąsania, — przeważnie jednak znacznie później. Osoby tej grupy stanowiły olbrzymią większość, bo 88.2% zgłaszających się. U osób tych nie można było założyć pierwotnego szwu na ranę, dlatego też gojenie było w tych wypadkach przedłużone i połączone z lżejszymi lub cięższymi powikłaniami. Dość znaczny odsetek, bo 32.2% zgłaszał się do opatrunku tylko dlatego, że już wystąpiły powikłania, przeważnie w postaci ropienia i miejscowego stanu zapalnego. U chorych tej grupy ograniczałem się do leczenia wyczekującego, ściśle zachowawczego. Ze względu na niemożność zeszycia rany zakładałem opatrunek jałowy, poza tym postępowałem tak samo, jak z chorymi grupy I. Następstwem tego było przedłużone gojenie się ran, trwające niekiedy kilka tygodni, zawsze połączone z ropieniem.

Z pomiędzy osób leczonych w ten sposób (bez zeszycia) 8 (6.7%) wykazywało powikłania specjalnie ciężkie: u 4-ch osób otwarte złamania i zwichnięcia, u 2-ch b. ciężkie ropowice rąk i przedramion, u jednej mnogi czyrak ręki, wreszcie u jednej róża o bardzo ciężkim przebiegu, której punktem wyjściowym była rana kąsana podudzia. Specjalnie cięki przebieg wykazywały rany zadane przez człowieka; ropienie utrzymywało się w tych wypadkach wyjątkowo długo i wymagało przeważnie dodatkowych nacięć i sączkowania. W jednym wypadku rany kąsanej zadanej przez człowieka, powikłanej otwartym zwichnięciem palca, po 3-tygodniowym bezskutecznym leczeniu zachowawczym musiałem, w następstwie ropnego zapalenia stawu międzypaliczkowego i objawów zakażenia ogólnego, odjąć palec, po czym dopiero nastąpiło wyleczenie. Zestawiając wyniki moich spostrzeżeń dochodzę do następujących *wniosków:*

1. Rany kąsane nie są naogół tak niebezpieczne, jak się powszechnie przyjmuje; w każdym razie nie są groźniejsze od ran wywołanych innym urazem, a podobnych kształtem i umiejscowieniem.

2. Rany kąsane należy traktować podobnie jak wszelkie inne rany pou-

razowe i dążyć do ich zeszycia po wycięciu.
3. Rany kąsane nie zeszyte goją się źle, ropieją i prowadzą do powikłań.
4. Rany zadane przez człowieka posiadają wyjątkowo ciężki przebieg.

PIŚMIENNICTWO.

Bruner C.: Handbuch der Wundbehandlung str. 530, *Ellenberg - Scheunert:* Vergleichende Physiologie der Haussäugetiere — str. 219, *Flügge C.:* Grundriss der Hygiene, str. 782, *Hudacsek E.:* Über Bissverletzungen. Bruns Beitr. 161, Zentralorgan für Chir. T. 74 str. 201, *Kapitanoff G.:* Zur Prohylaxe des Tetanus. Zentralblatt für Chirurgie 1935/41, *Kirschner - Nordmann:* Die Chirurgie T. I, str. 462 i T. II str. 638, *Krüger E.:* Hundebissverletzung mit abgebrochenem Zahn. Zentralblatt für Chirurgie 1935/10, *Lexer E.:* Behandlung der örtlichen pyogenen Infektionen. Schweiz. Mediz. Wochenschr — 1935/4, *idem:* Wundinfektionen. Münch. Mediz. Wochenschrift 1937/6, *Maier R.:* Human bite infections of the hand. ref. Zentralorgan für Chirurgie, 1937/9, *Owczarewicz L.:* Bakteriologia zakażeń przyrannych. Medycyna doświadczalna i społeczna, T. XX str. 396, *Wachholz L.:* Medycyna sądowa str. 134.

KAZUISTYKA

Z oddziału chir. II Szpitala na Czystem w Warszawie.
Ordynator: *Dr D. Kohan.*

z zakładu rentgen. Szpitala na Czystem w Warszawie
Ordynator: *Dr Mesz*

Przypadek nerki przemieszczonej odwróconej z naczyniami dodatkowymi

podali

Dr L. Epsztejn i Dr J. Lewinson.

Historia choroby naszego przypadku przedstawia się następująco:

Dnia 6.II.1936 r. przybyła na oddział chirurgiczny II chora Marta J., lat 18 ze skargami na bóle w okolicy pępka po stronie prawej. Chora podaje, że przed 15-tu miesiącami była operowana w innym szpitalu z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. W krótkim czasie po operacji, która miała przebieg dobry, wystąpiły bóle i kłucia w okolicy pępka. Bóle te, nasilające się przy każdym wysiłku, utrzymują się do dnia przybycia na oddział z bardzo rzadkimi przerwami. Bóle te nigdzie nie promienieją. Temp. ciała na ogół normalna, czasem jednak zjawiają się podskoki do 39° i wówczas chora ma silniejsze bóle uniemożliwiające jej pracę fizyczną (pracownica domowa). Na tydzień przed przybyciem na oddział chora miała silne bóle i t. ponad 39°; objawy te po jednym dniu ustąpiły. Zaburzeń w oddawaniu moczu brak, periody regularne, upławów nigdy nie miała, miewa kilkudniowe zaparcia stolca. Przez porozumienie się telefoniczne z oddziałem, gdzie chora była operowana, dowiedziano się, że wyrostek robaczkowy był zapalnie zmieniony.

S t a n o b e c n y : Chora psychicznie i somatycznie normalnie rozwinięta. W powłokach brzusznych stwierdza się bliznę po prawostronnym cięciu przyprostnym; na wysokości pępka z prawej strony od kręgosłupa w głębi brzucha twór kulisty, twardy, tkliwy, nieruchomy przy oddechu, dający się nieco przesunąć ku górze.

B a d a n i a p o m o c n i c z e: Mocz bez odchyleń od normy, leukocytoza 6800 o wzorze prawidłowym, chromocystoskopia: obie nerki wydzielają intensywnie zabarwiony mocz po 4-ech minutach, ujścia moczowodów i śluzówka pęcherza b. zmian, zdjęcie bezpośrednie jamy brzusznej niczego nie wykazało.

U r o g r a f i a d o ż y l n a: prawa nerka opadnięta, miedniczka odwrócona — kielichy zwrócone do kręgosłupa.

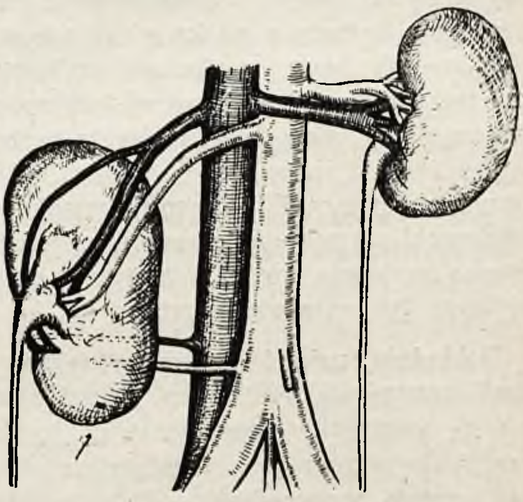
P y e l o g r a f i a d o l n a ten sam obraz: odwrócenie nerki prawej (rys. 1).



Rys. 1.

przed miedniczką (rys. 2). Kształt nerki zmieniony, dostosowany do jej ułożenia, a więc brzeg przyśrodkowy i boczny są spłaszczone na niekorzyść ścian przedniej i tylnej, wyraźnie zwężonych. Naczynia dodatkowe podwiązano i odcięto, przez co uruchomiona nerka dała się unieść ku górze i nieco obrócić wnęką ku środkowi. Dokonano dekapsulacji części odsznurowanej i umocowano nerkę szwami przez jej tylną torebkę do mięśni lędźwiowych. Paski na łożysko, szew warstwowy powłok.

P r z e b i e g p o o p e r a c y j n y początkowo normalny i bezgorączkowy, aż nagle w 3-im tygodniu otworzyła się przetoka moczowa w bliźnie. Badanie moczu w tym okresie wykazało 50 — 100 leukocytów i 0,1 — 0,25% białka. Urografia dożylna i pyelografia dolna wy-



Rys. 2.

W czasie pobytu na oddziale chora miewała co kilka dni ataki bólowe połączone z gorączką do 38°.

Wobec stwierdzenia nerki odwróconej i opuszczonej, względnie przemieszczonej z objawami przejściowego wodonercza, dokonano operacji: Cięcie skośne prawostronne; okazało się, że nerka jest przemieszczona i wnęka zwrócona do przodu i boku, nadto stwierdzono obecność 2 naczyń dodatkowych - tętnicy i żyły, przebiegających na tylnej powierzchni nerki, utrzymujących nerkę w tym położeniu, a dochodzących do dolnego bieguna nerki, wyraźnie odsznurowanego. Szypuła zwykła, dość długa. Naczynia dodatkowe odchodzą prostopadle do tętnicy brzusznej i żyły próżnej dolnej. Żyła dodatkowa komunikuje odnogą z żyłą nerkową, odnoga ta przebiega

kazały, że nerka jest nadal odwrócona i przemieszczona choć w mniejszym stopniu. Chromocystoskopia: lewa nerka wydziela normalnie, a prawa w tym samym czasie tylko przez przetokę. Również podawany błękit metylenowy wydzielał się przez przetokę. Wobec tego założono chorej na stałe cewnik moczowodowy. Cewnik pozostawał przez 2 tyg. i codziennie zapuszczano przezeń 2 — 4 cm początkowo ½, następnie 1% roztwór azotanu srebra oraz w ostępach 10 dniowych dwukrotnie przypalano przetokę perełką. W tym okresie opatrunek często po parę dni nie przemakał i cewnik usunięto. W następnym tygodniu przetoka zamknęła się. Chorą wypisano 17-go maja 1936 r. z raną zagojoną i w dobrym stanie zdrowia bez żadnych dolegliwości.

W omówieniu tego przypadku należy

zwrócić uwagę na kilka momentów wyjaśniających. Jak wiadomo nerka rozwija się z ostatnich praczłonów układu moczowego i w życiu zarodkowym znajduje się początkowo w miednicy małej, zwrócona miedniczką ku przodowi. W tym okresie niema jeszcze szypuły naczyniowej a unaczynienie nerki składa się z 8 oddzielnych naczyń tętniczych i żylnych, dochodzących do poszczególnych płatów nerki. Następnie nerka unosi się powoli ku górze, wydostaje się z miednicy małej i znajduje się wreszcie w końcowym okresie życia płodowego w okolicy lędźwiowej, osiągając XII i XI żebro. Jednocześnie z tym procesem unoszenia się ku górze odbywa się skręcenie nerki wzdłuż osi podłużnej miedniczką ku kręgosłupowi. Również wspomniane początkowe naczynia nerkowe zanikają i jedno z nich stanowi część przyszłej szypuły. W naszym przypadku obrót nerki nie nastąpił, a raczej nerka wykazała tendencję obrotu w kierunku przeciwnym, tzn. miedniczką wbok.

Dokładnie ustalić przyczyny tej anomalii rozwojowej nie można, jednak skłonić się musimy do przypuszczenia, że naczynia dodatkowe, przebiegające na bocznej i tylnej powierzchni nerki, a rozwijające się wolniej niż nerka, nie pozwoliły jej na dostateczne uniesienie się ku górze, a pociągając za boczną i tylną jej ścianę, zwróciły ją miedniczką wbok. I istotnie podczas operacji okazało się, że uwolnienie nerki od tych naczyń dodatkowych pozwoliło na uruchomienie jej, podniesienie wyżej i odwrócenie miedniczką ku stronie przyśrodkowej. Osiągnięcie jednak normalnych warunków anatomicznych okazało się niemożliwe, ponieważ nerka miała jak zaznaczono wyżej, kształty zmienione, dostosowane do poprzedniego ułożenia. Dlatego też na pyelogramach kontrolnych nerka robi wrażenie nadal odwróconej, ale już w mniejszym stopniu. Obydwa pyelogramy kontrolne wypadły o konturach nieregularnych, co początkowo było niejasne, ale wyjaśniło jak się zdaje, w 3-im tygodniu pooperacyjnym, gdy otworzyła się przetoka moczowa. Powstanie tej przetoki powiązać należy prawdopodobnie z zanikiem dolnego odsznurowanego płata nerki, a to skutkiem przecięcia naczyń dodatkowych, idących właśnie do tej części nerki. A więc mieliśmy tu do czynienia z obumarciem płata nerki przy dolnym kielichu. Już w czasie operacji można było liczyć się z tą ewentualnością, jeśli ten płat nie miał normalnego dostatecznego unaczynienia wspólnego z resztą nerki. Jednak po przecięciu naczyń dolnych płat pozornie nie zmienił swego wyglądu w czasie operacji. Przypuszczalnie jednak otwór powstały w dolnym kielichu musiał być mały, jeśli dał się zamknąć przez lapisowanie. Świadczyć to może o powolnym zanikaniu części odsznurowanej, a więc o tym, że odżywianie tego płata było, ale niedostateczne.

Jeśli zastanowimy się nad pochodzeniem dolegliwości, na jakie chora skarżyła się przed operacją, a które się nigdy potem nie powtórzyły, to łączyć je musimy nie z patologicznym ułożeniem nerki, bo nerka po operacji nadal była odwrócona miedniczką wbok, ani z jej przemieszczeniem, bo takie nerki na ogół nie dają dolegliwości, ale właśnie z obecnością naczyń dodatkowych. Dolegliwości, występujące zazwyczaj w razie obecności naczyń dodatkowych, pochodzą od napadowych wodonerczy, a to skutkiem ucisku naczyń na moczowód. W naszym przypadku naczynia dodatkowe nie krzyżowały się z moczowodem i tylko jedna gałązka żylna przylegała do miedniczki, nie mogąc jednak dawać wodonercza. A więc dolegliwości chorej nosiły raczej charakter aortalgii.

Wreszcie na zakończenie musimy zaznaczyć, że chociaż przypadki naczyń dodatkowych nerki nie należą do rzadkości (10 — 18%), to opisy zaledwie 2 przypadków nerki odwróconej i to tylko częściowo odwróconej znajdujemy jedynie w ręczniku Pappina. Natomiast przypadku nerki przemieszczonej, odwróconej z naczyniami dodatkowymi brak w całym dostępnym nam piśmiennictwie.

Z oddziału chirurgicznego Szpitala Ubezpieczalni Społecznej.
Kierownik: *Dr Edward Witkowski.*

Przypadek uwięźnięcia uchyłka Meckela w worku przepuklinowym

podał

Dr J. Rosenfeld.

Znana wszystkim chirurgom zasada kontrolowania zawartości worka przepuklinowego przed jego podwiązaniem, w niektórych przypadkach jest może najważniejszym etapem operacji przepukliny.

W worku przepuklinowym znajdujemy często pętlę jelita cienkiego, lub sieć przyrośniętą do worka przepuklinowego. Niekiedy spotyka się część kątnicy z wyrostkiem, albo sam wyrostek mniej lub więcej zmieniony, esicę lub poprzecznicę opuszczoną. Czasami zawartość worka stanowi jajnik z jajowodem, lub sam jajowód.

Obecność uchyłka Meckela w worku przepuklinowym należy do rzadkości.

Przypadek, który poniżej opisuję należy do tak wyjątkowych, że pozwolę sobie, nim przejdę do opisu samego przypadku, kilka słów powiedzieć o uchyłku Meckela w ogóle.

W odległości różnej od kątnicy możemy niekiedy znaleźć na jelicie cienkim coś w rodzaju wyrostka wydrążonego i ślepo zakończonego. Jest to uchyłek, pierwszy raz opisany przez *Meckela* w 1812 r. Wyrostek ten nie jest niczym innym, jak pozostałością przewodu pępkowo-krezkowego (ductus omphalo - mesentericus), który w ustroju embrionalnym łączy jelito pierwotne z pęcherzykiem płodowym. Normalnie przewód jak i pęcherzyk zanika całkowicie. Ale czasami zdarza się, że część tego przewodu pozostaje i tworzy uchyłek *Meckela.*

Według najnowszych prac spotykamy uchyłek Meckela bardzo rzadko (mniej więcej w około 2% przypadków). Wystarczy jeżeli zacytujemy tylko *Hilgenreinera,* który na 4848 przypadków sekcyjnych znalazł tylko raz uchyłek Meckela na 54 przypadki przepukliny (czyli 1,8%).

Punkt przyczepu uchyłka na jelicie cienkim bywa najczęściej w odległości około 30 cm, od kątnicy, ale może się znaleźć bliżej lub w znacznej odległości od niej. Długość jego bywa od 3 — 15 cm, a średnica w miejscu przyczepu równa jest średnicy jelita cienkiego, ale im dalej od jelita tym węższym staje się uchyłek. Na ogół wypełniony jest gazami, rzadko kałem lub pasożytami jelitowymi.

Uchyłek Meckela może być siedliskiem wszelkich schorzeń. Notowane są przypadki ostrych i ropnych zapaleń, a nawet zgorzeli uchyłka, oraz jego pęknięcia. Czasami można się spotkać ze skrętem, lub wgłobieniem uchyłka. Wreszcie uchyłek może wolnym końcem przyrosnąć do jakiejś pętli i wywołać załamanie jelita

z następową ostrą mechaniczną niedrożnością. W rzadkich tylko wypadkach, uchyłek dostaje się do worka przepuklinowego i tam uwięźnie.

Taki właśnie przypadek miałem możność operować.

Chory B. W. lat 18, pracownik fizyczny, przywieziony został przez Pogotowie na oddział chirurgiczny Szpitala U. S. w Warszawie,z podejrzeniem na uwięźnięcie przepukliny pachwinowej lewostronnej.

Chory podaje, że jeszcze przed rokiem zauważył, w pachwinie po stronie lewej mały guzek, który mu nie sprawiał żadnych dolegliwości.

Z tego też powodu nie uważał za stosowne zgłaszać się do lekarza. W ciągu ostatnich dwu miesięcy guz znacznie się powiększył, wywołując przy wysiłkach fizycznych dość żywą bolesność. W dniu wczorajszym przy kaszlu poczuł silny ból w lewej pachwinie. Gdy po pewnym czasie ból nie minął zawezwano lekarza, który, nie mogąc odprowadzić guza do jamy brzusznej, przywiózł chorego na oddział.

Poza tym wywiad b. zn.

Przy badaniu stwierdza się co następuje:

Chory budowy prawidłowej, odżywienia dobrego, wzrostu średniego. Skóra o zabarwieniu normalnym. Śluzówki widoczne dobrze ukrwione. Tętno dobrze wypełnione, średnio napięte. Ciepłota 36° C. Stan ogólny dobry. W obrębie głowy twarzy, szyii i jamy nosowo-gardzielowej brak odchyleń od stosunków prawidłowych. Klatka piersiowa prawidłowa, w płucach i sercu zmian patologicznych się nie wykrywa.

Brzuch dobrze wysklepiony, nie napięty i nie bolesny. Wątroba w granicach prawidłowych, śledziona nie macalna. Wysłuchiwaniem brzucha stwierdzamy wyraźnie ruchy jelit. (Chory miał tego samego dnia wypróżnienie).

W lewej pachwinie stwierdza się guzek wielkości małej mandarynki, gładki okrągły i napięty zwłaszcza przy kaszlu. Próby odprowadzenia guzka do jamy brzusznej nie dały wyniku. Przy tych próbach chory odczuwa bardzo silną bolesność. Jądro lewe nieco powiększone, nie bolesne na ucisk. Ze względu na to, że chory oddał stolec i gazy i stan ogólny jego był zadawalający, nie operowano go natychmiast. Rozpoznanie kliniczne: hernia inguinalis accreta sin.

Operacja odbyła się dopiero po dwu dniach. Dzień poprzedzający operację wykorzystano na przygotowanie chorego, a więc zalecono lawatywę i przeprowadzono badanie moczu, która zresztą żadnych zmian nie wykazało.

Zabieg operacyjny przeprowadzono w znieczuleniu miejscowym nowokainą 0,5%, z cięcia skośnego wzdłuż wiązadła Pouparta. Po otwarciu kanału pachwinowego odsłonięto guzek, wielkości małej mandarynki, stanowiący worek przepuklinowy. Przy wydzielaniu worka stwierdzono, że przepuklina jest wrodzona. Wobec tego odrazu worek otwarto. Po nacięciu worka wylało się dość dużo płynu surowiczego.

Z początku sądziłem, że w worku uwięznięty jest rozdęty wyrostek robaczkowy. Ale po wyciągnięciu przyległej do tego wyrostka pętli jelita cienkiego okazało się, że jest to uchyłek Meckela długości około 11 cm, którego koniec zrośnięty jest z workiem przepuklinowym. (patrz rys. 1).



Rys. 1.

Sam uchyłek był silnie przekrwiony i w pewnym miejscu nosił ślady ucisku. Dokonano wycięcia uchyłka tak jakby to był wyrostek robaczkowy. Kikut zaopatrzono kapciuchem.

Następnym etapem operacyjnym było zlikwidowanie współistniejącego wodniaka jądra (sposobem *Winckelmanna)*, oraz zaopatrzenie kanału pachwinowego według metody *Girarda.*

Przebieg pooperacyjny gładki, bez powikłań. Chory po 12 dniach wypisał się z raną zagojoną przez rychłozrost.

PIŚMIENNICTWO:

1) *Ach. Dimitriu:* Szpital tom,57, str. 307 — 309. 2) *Kirschner i Nordman:* Die Chirurgie tom V. 3) *Lecène i Leriche:* Therapeutique Chirurgicale tom III. 4) *Léjars:* Exploration clinique et diagnostic chirurgical. 5) *Mondor:* Diagnostics urgents. 6) *Matyas:* Zentralblatt für Chirurgie tom 64, nr. 15, 1937, 886 — 889. 7) *Wojciechowski:* Podręcznik chirurgii, T. I.

R E S U M É.

Un cas de diverticule de Meckel etranglé dans un sac herniaire

par

Dr J. Rosenfeld.

L'auteur après avoir briévement passé en revue sur les données anatomo-pathologiques du diverticule de Meckel en général, decrit un cas très curieux de diverticule de Meckel etranglé dans un sac hernaire.

Il s'agit d'un ouvrier, agé de 18 ans, qui depuis quelques mois est porteur d'une hernie inguinale gauche. Il ne se plaignait d'ailleurs jamais.

Brusquement il a été pris des douleurs vives dans l'aine et fût amené d'urgence a l'hôpital. Là on a trouvé un état général bon et dans la région inguinale gauche une hernie irreductible. Il fût operé le troisième jour de son arrivée. A l'ouverture du sac herniaire on croit se trouver en présence d'un étraglement de l'appendice, mais en attirant dans la plaie l'anse intestinale on reconnait que cet appendice est inseré sur une anse grèle. C'etait un diverticule de Meckel long de 11 cm dont la portion términale a été fixée sur le sac. Sur le diverticule on a constaté des traces d'etranglement. Resection du diverticule comme un appedice avec enfouissement du moignon. Guérison.

TECHNIKA OPERACYJNA

Z kliniki chirurgicznej U. J. K. we Lwowie
Dyr.: *Prof. Dr T. Ostrowski.*

Kilka uwag o technice przetaczania krwi
(Aparat francuski Henry - Jouvelet).

podał

Wit Rzepecki.

Przetaczanie krwi w okresie po wojnie światowej stało się bardzo częstym zabiegiem leczniczym. Wpłynęło na to wiele czynników, jak udoskonalona i uproszczona metodyka badań grup krwi, znaczne rozszerzenie wskazań do przetaczania krwi, (sprawy ropne u dzieci, schorzenia infekcyjne, przygotowanie przedoperacyjne celem uniknięcia ciężkich stanów wstrząsu itd.) wreszcie stworzenie ośrodków dawców krwi. Z innych czynników należy wymienić otrzymanie nowych źró-

deł krwi taniej, jak krew pobrana w krótkim czasie po śmierci u osób nagle zmarłych lub krew otrzymana z łożyska matki, na koniec zaś dodatni wynik prób przechowania przez okres kilku tygodni krwi, zdatnej następowo do przetoczenia, co z kolei rzeczy rzuciło nowe światło na możliwość stosowania masowych przetaczań w okresie wojny, zdala od szpitali i bez koniecznej obecności dawców krwi.

W ślad za tym postępuje również sama technika przetaczania krwi i udoskonalanie aparatów używanych do tego celu. Technika przetaczania krwi ustalonej (cytrynianowej), bądź przechowanej w płynach zapobiegających krzepnieniu (heparyna, liquoid), wreszcie krwi trupiej, nie napotyka na większe trudności. Używa się do tego celu zwykłej strzykawki większej pojemności, ewentualnie z dodatkiem dwudrożnego kurka, bądź zawieszonego na pewnej wysokości naczynia (hegara), lub lejka z ogrzaną krwią, która przepływa rurką gumową do żyły biorcy, oraz prostych aparatów o typie flaszki *Potaine'a,* w których zwiększone ciśnienie powietrza wypiera zawartą w nich krew w żądanym kierunku (flaszki *Bobrowa, Aleksandrowicza i i.).* Można też zastosować naczynia z włączonym kroplomierzem do długotrwałego kroplowego przetaczania krwi ustalonej. Należy też wspomnieć o drogich naczyniach atrombitowych zapobiegających krzepnieniu, używanych do zbierania wynaczynionej krwi.

Krew „żywa" t. zn. zupełnie świeża, nie posiadająca jakiegokolwiek dodatku obcego składnika (cytrynianu sodu, płynu fizjologicznego itd.), zbliżona swą ciepłotą do temperatury ciała i szybko przetoczona choremu posiada niewątpliwą przewagę leczniczo-biologiczną nad innymi rodzajami krwi używanych do przetaczań. Krzepnie ona jednak szybko, co przeszkadza i uniemożliwia niejednokrotnie przetoczenie krwi.

Do przetaczania krwi świeżej używano wielu aparatów sporządzonych po największej części na wzór zwykłych strzykawek, — zawodziły one jednak zwłaszcza w rękach niewprawnych. Tworzące się skrzepy między ścianą wewnętrzną strzykawki a tłokiem „blokowały" ruch tłoka. Skrzepy w igle twiącej w żyle dawcy lub biorcy powstawały dzięki stałym choć krótkim przerwom w ciągłości ruchu krwi, gdyż przy użyciu kurka dwudrożnego raz układ doprowadzający, raz odprowadzający wypełniony był słupem krwi będącej w zupełnym spoczynku. Wylewanie parafiną naczyń i aparatów nie okazało się zbyt dogodnym i prostym. Z częściej używanych aparatów do przetaczania krwi należy wymienić strzykawki *Sokołowskiego, Jubé, Rutkowskiego, Oehleckera, Backey'a,* aparat *Becart'a i* w. i.

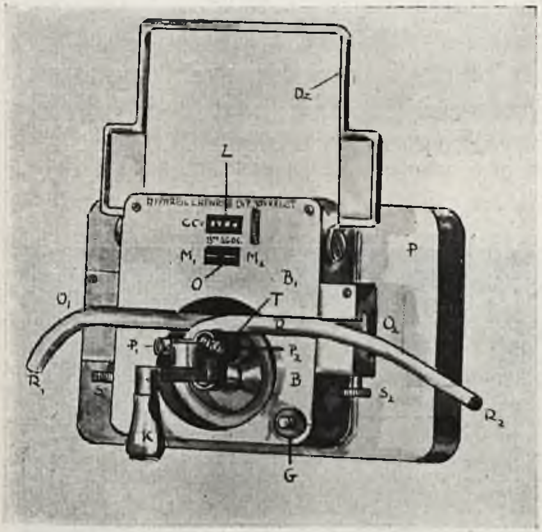
Aparat francuski *(L. Henry i Jouvelet) H. J.* skonstruowany jest na zupełnie nowej zasadzie, gdyż krew przepływa s t a l e, nie gromadzi się w żadnym zbiorniku (strzykawce) i nie wymaga dodatku ciał zapobiegających krzepnieniu przetaczanej krwi. Jest to aparat bardzo wygodny w użyciu i prosty, dość jednak kosztowny, co jest jednak usprawiedliwione precyzyjnem jego wykonaniem. Aparat ten [1]) składa się z dwu ruchomych metalowych stolików (B_1 i B_2), które spoczywają na podstawie (P) i dają się łatwo zesuwać za pomocą ruchowej dźwigni (Dz). Rys. 1. Metalowe stoliki posiadają dwa wydrążenia, które po zamknięciu dźwigni tworzą cylindryczne łożysko o średnicy kilku cm., w środku którego osadzona jest na osi korba (K) poruszana ręką. Na tej samej osi osadzona jest metalowa część i to odśrodkowo, spełniająca rolę obrotowego tłoka (T). Właściwą częścią aparatu *H. J.* jest zwykła rurka gumowa (R) o równej średnicy światła wewnętrznego, zakończona dwoma igłami. Rurkę tą wkłada się do aparatu w kształcie pętli przez dwa otwory (doprowadzający i odprowadzający 01 i 02) i to w ten sposób, że pętla przylega ściśle do łoży-

[1]) dostarczony Klinice przez firmę: J. Trepczyński, Lwów ul. Dominikańska 1. 9.

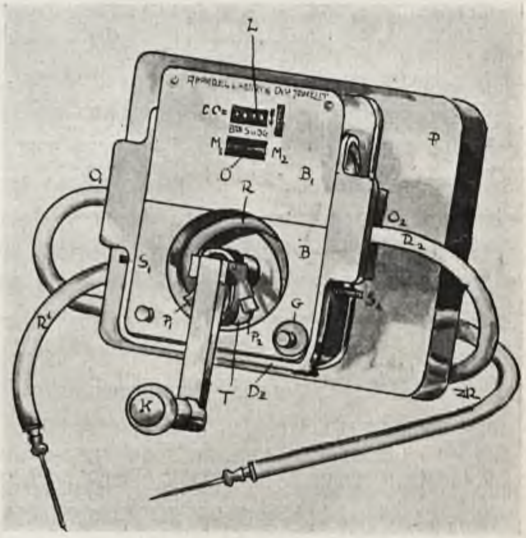
ska, a tłok (T) przyciska rurkę gumową do wewnętrznej ściany łożyska. Przez wprowadzenie ręką korby w ruch obrotowy, zgodny z ruchem zegara, tłok poruszający się po obwodzie łożyska pcha przed sobą słup płynu przez rurkę R_2 w prawo, zaś z rurki R_1 wsysa za sobą płyn od strony lewej do aparatu. Jeśli zamkniemy dźwignią aparat, rurkę doprowadzającą R_2 wypełnimy krwią przez nakłucie żyły dawcy, następnie wykonamy kilka (8 — 10) obrotów korbą, aż do ukazania się krwi w igle odprowadzającej, igłę tę wkłujemy w żyłę biorcy i zaczniemy wykonywać korbą obroty w prawo — przetaczanie krwi jest już w toku w sposób prosty i łatwy. Rys. 2.

fa nam liczbę do stanu zerowego. Oba końce rurki umocowane są śrubami S_1 i S_2, a zmiany ciśnienia w rurce na wysokości obu śrub notowane są manometrem dźwigniowym M_1 i M_2 w okienku 0. Pokrycie przy regulacji przez obie wskazówki manometru stałej linii poziomej (czerwonej) i dalsze utrzymywanie się tego stanu przez czas trwania przetaczania oznacza, że ciśnienie w obu rurkach oraz przebieg przetaczania układają się dobrze. Wychylenia jednej, bądź drugiej wskazówki wymagają sprawdzenia drożności igieł, rurek, znalezienia skrzepu itd.

Przesunięcie guzika G dozwala na obrót korby K bądź tylko w prawo, bądź też w obie strony. Natomiast w razie przesunięcia guziką na



Rys. 1.



Rys. 2.

Dla zrozumienia całości działania aparatu należy jeszcze wspomnieć o kilku szczegółach technicznych.

Rurka gumowa jest jedyną częścią aparatu, którą należy wyjałowić, gdyż tylko ta ma styczność z przepływającą krwią i łączy żyłę dawcy i biorcy bez innego pośrednictwa, a aparat jest jedynie zewnętrzną oprawą i spełnia czynność ssąco-tłoczącą. Rurka ta ma ustaloną fabrycznie średnicę światła wewnętrznego w ten sposób, że jeden obrót korbą pełny o 360°, daje przepływ 1 ccm. płynu. Można jednak w ostateczności użyć rurki gumowej zwykłej o podobnej średnicy. Każdy obrót korby jest notowany na liczniku (L). W ten sposób zakończenie przetaczania odczytujemy na liczniku, który wskazuje nam ile krwi przetoczyliśmy, a zębate kółko licznika co-

znak czerwony, wsteczny ruch krwi jest wyłączony.

Aparat opisany jest stosunkowo bardzo prosty w użyciu i może być obsłużony ruchem korby przez jednego tylko lekarza, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie żyły dawcy, a szczególnie biorcy są zupełnie dobrze wypełnione i rozwinięte. Krew krąży w nim w sposób ciągły, styka się tylko z gładką powierzchnią gumowej rurki i dlatego aparat nie zacina się wskutek tworzenia skrzepów. Krew nie ulega traumatyzacji wskutek łagodnego ucisku tłoka obrotowego, a dzięki stosunkowo

szybkiemu przepływowi nie oziębia się znacznie, gdyż guma stanowi materiał trudno przepuszczający ciepło.

Aparat *H. J.* należy uznać za znakomity postęp w dziedzinie technicznego usprawnienia przetaczania krwi, a kilkudziesięciokrotne użycie jego na klinice chirurgicznej U. J. K. we Lwowie potwierdziło, jak na początek posługiwania się tym aparatem, zupełną jego celowość i wygodę. Okres wstępny przetaczania krwi tym aparatem nasuwa mi jednak kilka uwag.

Autorzy francuscy i brazylijscy polecają przed użyciem aparatu przemywanie rurki gumowej olejem parafinowym jałowym, osobiście jednak używam do tego celu (a także i do igieł), jałowego rozczynu cytrynianu sodu, co znakomicie przeciwdziała krzepnięciu. Po wprowadzeniu igły do żyły dawcy usuwam ruchem korby cytrynian sodu z rurki, a z chwilą ukazania się krwi czystej, łączę z igłą biorcy. *Palazzo i Tenconi* przemywają igłę od strony biorcy płynem fizjologicznym za pomocą odpowiedniej trójdrożnej rurki.

Druga uwaga dotyczy wprowadzania igieł do żyły. Ponieważ na klinice posiadamy możność szybkiego, łatwego odsłonięcia żyły biorcy w warunkach aseptycznych, robimy to zazwyczaj, zwłaszcza, że dokonujemy często przetaczania krwi u dzieci małych z kliniki pediatryczej, u których żyły są bardzo wąskie. Na rys. 3. przedstawiono przetaczanie krwi u dziecka. Nie widzimy miejsca wkłucia igły w żyłę dawcy, która znajduje się po stronie przyśrodkowej okolicy stawu łokciowego. Lekarz ma możność obsługując aparat odsłonić naprzód mytemi rękami żyłę u dziecka i to w jałowych rękawiczkach, następnie obraca korbą aparatu, a po uskutecznieniu przetaczania krwi zdejmuje brudne rękawiczki, wyciera jodalkoholem ręce i czysto kończy szew skórny nad odsłoniętą żyłą. U dzieci bardzo małych (kilkutygodniowych lub miesięcznych) jak dotychczas zawsze udawało mi się wprowadzić cienką kaniulę sporządzaną ze spiłowanej i wygładzonej igły do zastrzyków kamfory i w tych razach używałem zawsze krwi cytrynianowej, przetaczanej z naczynia kalibrowanego aparatem *H. J.* U osesków jednak spowodu małej ilości przetaczanej krwi (ca 50 ccm.) śmiało można użyć strzykawki Record pojemności 20 ccm. Z reguły nakłuwałem żyłę dawcy, która w porównaniu z układem żylnym biorcy przedstawia znakomity stan wypełnienia, jędrności i średnicy. Żyły biorcy u ludzi dorosłych (meżczyzn) są również zupełnie zdatne do wkłucia bez chirurgicznego odsłonięcia.



Rys. 3.

Trzecia uwaga dotyczy użycia przepływowej, szklanej rurki z rozszerzonym kanałem w krztałcie bańki, zgiętej nieco pod kątem ca. 160°, a zaopatrzonej z obu końców nasadami dostosowanymi do nałożenia końców igieł iniekcyjnych. Rurka ta wyrobu angielskiego firmy *Fivepoint* ułatwia nie tylko zwykłe zastrzyki dożylne, ale kontroluje także dostanie się powietrza przy przetaczaniu krwi.

Przy wprawnym użyciu aparatu *H. J.* powietrze z reguły nie dostaje się do rurki, może to jednak nastąpić niekiedy przy stworzeniu się skrzepu w igle dawcy lub przy zbyt niskim ciśnieniu panującym w układzie żylnym dawcy. Taki niski stan ciśnienia zdarza się niekiedy w stanach omdlenia dawcy lub przy zbyt silnym uciśnięciu jego tętnicy ramieniowej, kiedy krew tętnicza nie krąży, tj. następuje „Esmarch", zamiast „Biera". Wskutek braku dopływu świeżej krwi tętniczej w tym wypadku, dochodzi do rychłego wyczerpania krwi żylnej. Brak wtedy tej koniecznej siły ciśnienia żylnego, działającej w sensie „vis a tergo", a potrzebnej do sprawnego działania tłoka obrotowego. Jeśli tłok ssie z rurki doprowadzającej „na pusto", to powoduje on nagłe cofnięcie się słupa krwi z rurki odprowadzającej, a to przy przejściu skrzyżowania pętli gumowej wtedy i powietrze dostaje się do rurki, bądź przez istniejące nieszczelności, bądź też poprostu z krwi dawcy pozostającej pod zmniejszonym ciśnieniem.

Użycie aparatu *H. J.* nie kończy się na przetaczaniu krwi. Służyć on może do opróżnienia, a nawet przemywania n. p. jamy opłucnowej. Kilkakrotny ruch korbą wysysa płyn poddany nakłuciu, a wyjęta z aparatu rurka działa już sama jak lewarowe urządzenie. Można wykonać aparatem *H. J.* zastrzyki dożylne wielkich ilości cukru gronowego lub płynu fizjologicznego *(Bocquetin).* Przy długotrwałym i powolnym zastrzyku dożylnym *(injections lentes et contineues)* adrenaliny w płynie fizjologicznym używali aparatu *H. J.* w zwalczaniu wstrząsu poporodowego *Lèvy-Solal, Sureau, Sallet* lub pooperacyjnego *Sallet.* Jeśli połączymy aparat ten z odpowiednim motorem możemy obserwować i badać wpływ powolnego wprowadzenia przez kilkanaście godzin do ustroju zwierzęcia pewnych ciał jak n. p. insuliny lub adrenaliny dla celów doświadczalnych. *(Baudouin, Benard, Lewin, Sallet).* Na koniec należy wspomnieć o użyciu aparatu *H. J.* do pobierania krwi dla celów przechowania jej w naczyniach jałowych *(Hustin, Dumont)* lub o użyciu aparatu do stosowania dożylnego uśpienia ewipanem *(Perard).*

Aparat *L. Henry i Dr Jouvelet* spełniać może rozległą rolę przyrządu ssąco-tłoczącego dla wielu celów, rolę szczególną jednak odgrywa w sprawnym przetaczaniu krwi na oddziałach szpitalnych, w klinikach lub w razie wojny. Nic dziwnego, że dla swych zalet był on wielokrotnie demonstrowany na posiedzeniach towarzystw chirurgicznych, lekarskich i został zatwierdzony we Francji przez francuskie ministrestwo wojny, marynarki, kolonii i op. społ. W klinikach i szpitalach województwa lwowskiego, a także w innych dzielnicach Polski znajdują się aparaty *H. J.* już w użyciu.

PIŚMIENNICTWO:

Baudouin, Bénard, Lewin, Sallet. Comptes rendus des seances de la Société de Biologie. T. CXVIII, Nr. 6. 1935. *Bocquetin:* Mémoires de L'Academie de Chirurgie. T. 62. Nr. 21. 1936. *Gayet-Merz:* Journal d'Urologie. T. 42. Nr. 1. 1936. *Hustin, Dumont:* Le Scalpel Nr. 2. 1938. *Lèvy-Solal, Sureau, Sallet:* Le Documantaire médical. 1935. Octobre. *Nowakowski.* Medycyna Współczesna. str. 213. Nr. 2. 1938. *Palazzo, Tenconi:* La Semana Mèdica. 1937. Nr. 7. *Perard:* Maroc-Méd. 1937. Nr. 179. La Presse Méd. 1934. Nr. 40. *Sallet Jean:* Injections continues intravasculaires en physiologie et en thérapeutique. Paris. 1936. Le Scalpel. Nr. 9. 1935. str. 279.

Z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie.
Kierownik: *Płk.dr T. Sokołowski.*

W sprawie techniki operacyjnego leczenia zamkniętych złamań wyrostka łokciowego [1])

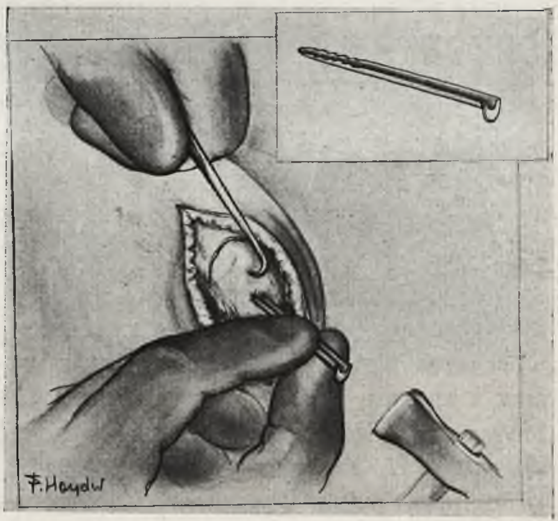
podał

Dr Henryk Ciszkiewicz.

W złamaniu wyrostka łokciowego dochodzi zwykle do powstania rozejścia się odłamów wskutek pociągania odłamanego wyrotka przez ścięgnisty przyczep m. trójgłowego ramienia. Przypadki zamkniętych złamań bez przemieszczenia kwalifikują się do leczenia zachowawczego — unieruchomienia na szynie gipsowej. Natomiast złamania z rozejściem się odłamów wymagają leczenia operacyjnego, polegającego na krwawym nastawieniu złamania i zespoleniu odłamów. Z pośród wielu sposobów zespolenia za najlepszy uważamy przybicie odłamanego wyrostka do trzonu k. łokciowej *gwoździem Lambotte'a.*



Rys. 1. Technika zabiegu przybicia wyrostka łokciowego gwoździem Lambotte'a. a) Linia cięcia skórnego.



Rys. 2. Technika zabiegu przybicia wyrostka łokciowego gwoździem Lambotte'a. Wbijanie gwoździa.

Gwóźdź ten (rys. 2) specjalnie nadaje się do tego zabiegu, gdyż dzięki swemu rynienkowatemu kształtowi zajmuje mało miejsca w kości, w przeciwstawieniu do zwykłych gwoździ, czy śrub.

T e c h n i k a z a b i e g u jest następująca (rys. 1 — 2): znieczulenie miejscowe, względnie uśpienie. Kończyna w zgięciu łokciowym ułożona na klatce piersiowej chorego. Cięcie skórne płatowe, okalające wyczuwalną przez skórę szparę złamania, o podstawie płata skierowanej ku stronie przyśrodkowej. Po odsłonięciu szpary złamania usuwa się z niej skrzepy krwi i strzępy tkanek mięk-

[1]) Referat wygłoszony na VI Zjeździe Pol. Tow. Ortop. i Traumatolog. w Poznaniu dnia 4.IV.1938.

kich, a w przypadkach starszych odświeża się powierzchnie odłamów, po czym za pomocą jednego lub dwu jednozębnych ostrych haków dociąga się odłamany wyrostek łokciowy, ustawiając go anatomicznie pod kontrolą wzroku i palca. Przez widoczny w ranie wierzchołek wyrostka wprowadza się odpowiednio długi gwóźdź Lambotte'a i wbija się go poprzez wyrostek do trzonu k. łokciowej. Gwóźdź musi być wbity w takim kierunku, by nie przenikał do szpary stawowej i dobrze zagłębiał się w trzonie k. łokciowej, nie wysterczając z niej. Dobry styk odłamów osiąga się przez ich zaklinowanie i dobicie gwoździa o ile możności do końca tak, by główka gwoździa uniemożliwiała cofnięcie się przybitego wyrostka. Zeszywanie rozdartego ścięgna nie jest nawet konieczne; po zeszyciu rany skórnej unieruchamia się zgiętą pod kątem prostym kończynę w szynie gipsowej na okres 10 — 14 dni. Dalsze leczenie podlega na gimnastyce czynnej, masażach mięśni ramienia i przedramienia oraz kąpielach; zakres ruchów w stawie zwiększa się szybko.



Rys. 3. Przyp. 2. Rntg. wykonany w 7 mies. po zabiegu: widoczne rozrzedzenie kości dokoła nie usuniętego gwoździa.

Po upływie 6 — 8 tygodni należy usunąć gwóźdź, gdyż może on być przyczyną dolegliwości oraz wywołać odczyn w postaci ograniczonego rozrzedzenia tkanki kostnej. Na rntg. 3, wykonanym w 7 mies. po zabiegu, widać rozrzedzenie kości dokoła gwoździa u osobnika, który nie zgłosił się do wyjęcia gwoździa. Odczyn taki należał by zapewne do rzadkości, gdyby można było używać gwoździ Lambotte'a wykonanych z nierdzewnej stali — niestety żadna z firm krajowych, do których zwracaliśmy się z propozycją produkcji nie podjęła się tego zadania.

P r z e c i w w s k a z a n i e do omawianego zabiegu stanowią: złamania otwarte, obecność zmian na skórze w okolicy łokcia oraz zupełne zdruzgotanie wyrostka łokciowego, uniemożliwiające wbicie gwoździa. Przypadki rozbicia wyrostka na kilka odłamów wymagają niekiedy wbicia dwu gwoździ — w ten sposób zostały załatwione w Instytutcie 3 przypadki; jeden z nich ilustruje rntg. 4a i b.

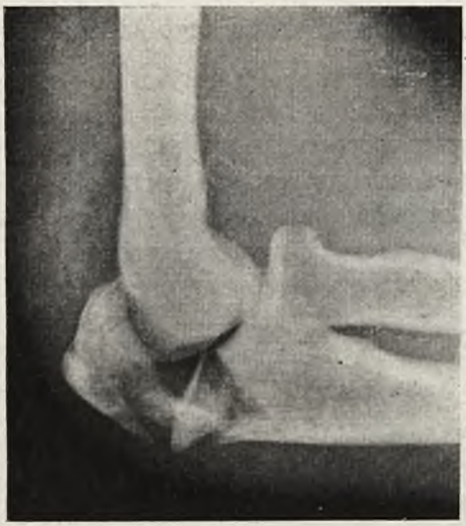
W przypadkach zastarzałych, w których przykurcz m. trójgłowego uniemożliwia uzyskanie styku odświeżonych powierzchni odłamów w ustawieniu zgięcia w łokciu przynajmniej pod kątem prostym, konieczne jest wydłużenie ścięgna m. grójgłowego, polegające na przecięciu ścięgna w kształcie litery Z i zeszyciu.

Zalety omawianej metody stanowią:

1) możność anatomicznego nastawienia złamania w otwartej ranie i uzyskania dobrego styku odłamów całą powierzchnią złamania, zeszycie drutem nie jest w stanie zapewnić takiego styku, zwłaszcza w obrębie powierzchni stawowej;

2) możność wczesnego rozpoczęcia ruchów w stawie łokciowym, gdyż dobrze wbity gwóźdź Lambotte'a zespala odłamy w sposób pewny i uniemożliwia nawet nieznaczne przesunięcia przy ruchach. Ani zwykły gwóźdź, ani śruba nie mogą zapewnić tak dokładnego unieruchomienia po wczesnym zdjęciu opatrunku gipsowego, gdyż nie tkwią one tak mocno w istocie gąbczastej;
3) prostota zabiegu, jego łatwość techniczna, nieskomplikowane instrumentarium; nie ma tu ani mozolnego wiercenia otworów do przeprowadzenia drutu, ani długotrwającego wkręcania śruby, przy czym tak łatwo zniweczyć cały wynik zabiegu z chwilą przekręcenia śruby — w istocie gąbczastej dochodzi do tego prawie zawsze.

W ciągu r. 1936 i 37 wykonano w Instytucie Chirurgii Urazowej w 15 przyp. złamań wyrostka łokciowego przybicie gwoździem Lambotte'a. W początkowym okresie pracy Instytutu próbowano w kilku przypadkach zespolania odłamów śrubą lub drutem Kirschnerowskim — wyniki nie były zachęcające i wobec tego przyjęto gwoździowanie Lambottem za metodę z wyboru.



Rys. 4a. Wielokrotne złamanie wyrostka łokciowego; rntg. pierwotny.



Rys. 4b. Ten sam przypadek po przybiciu 2-ma gwoździami.

Na zakończenie przedstawię rentgenogramy kilku naszych przypadków.

Przypadek 1. (rys. 5a, b). Wyrostek przybity 2-ma gwoździami; na rntg. uwidacznia się doskonała rekonstrukcja powierzchni stawowej w miejscu złamania, co jest niezmiernie ważne w tych śródstawowych złamaniach, ze względu na późniejszą sprawność ruchową stawu.



Rys. 5a. Przyp. 1. Rntg. pierwotny.

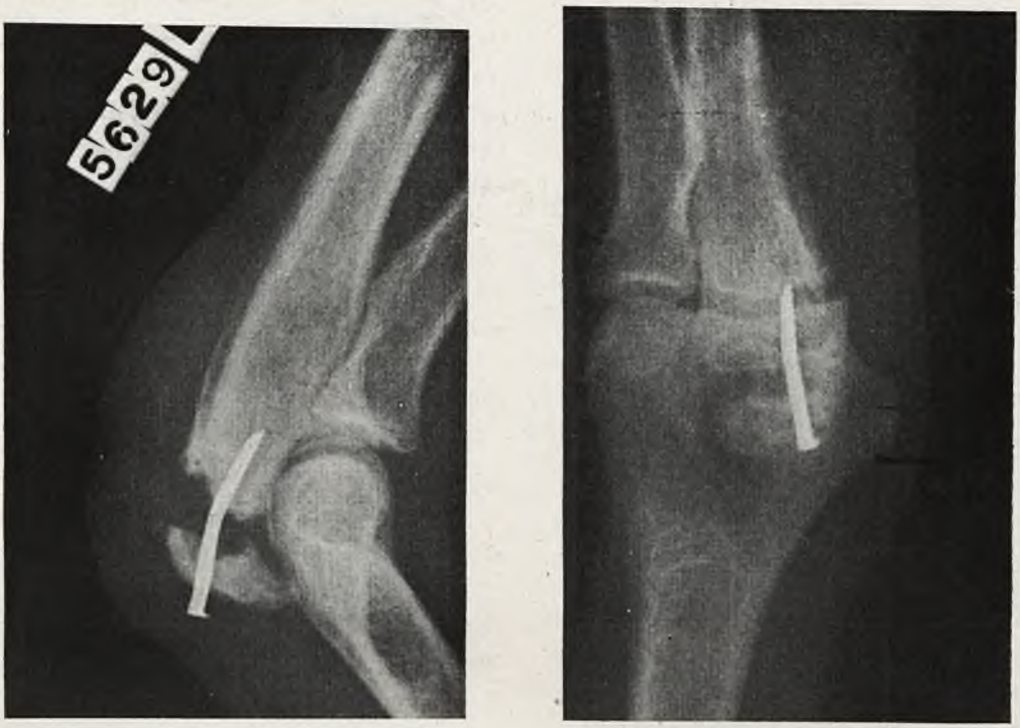


Rys. 5b. Przyp. 1. Rntg. po przybiciu 2-ma gwoździami.

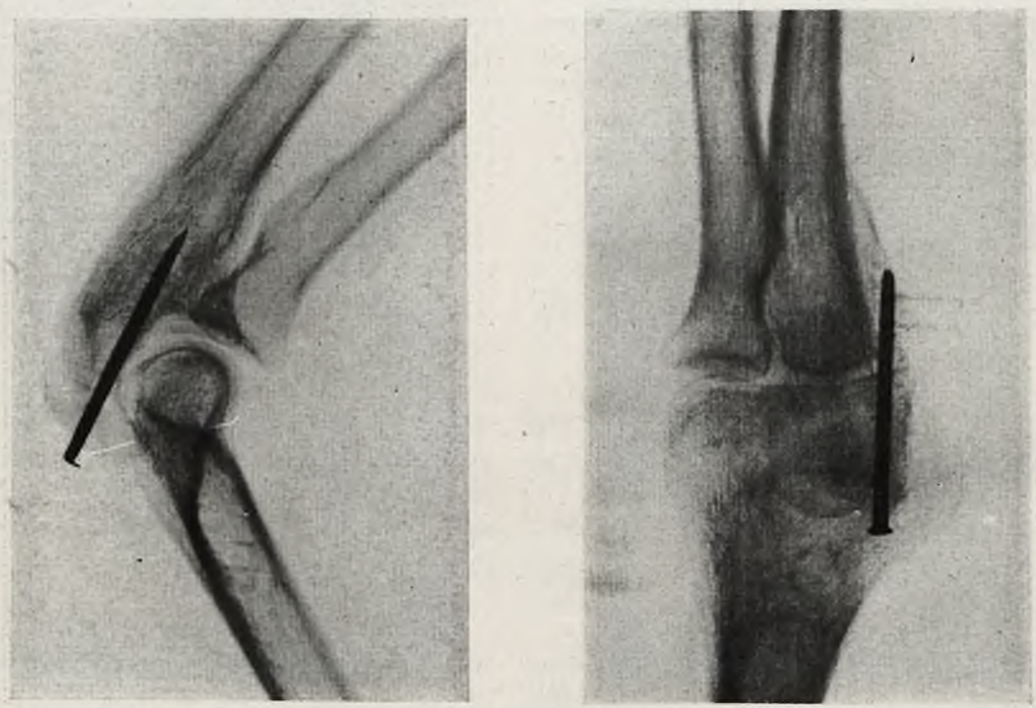
Przypadek 2. (rys. 6a-d i rys. 3). W 6 tyg. po przybiciu odłamanego wyrostka (a, b) 15-letni chłopiec upadł ponownie na ten sam łokieć, wskutek czego doszło do rozejścia się nie zupełnie jeszcze zrośniętych odłamów i nadgięcia się gwoździa (c); gwóźdź usunięto i wykonano zabieg ponownie (d). Kontrolne badanie po 7 mies. wykazało: zgięcie pełne, wyprostowanie do 160°; rentgenologicznie odczyn dokoła gwoździa (rys. 3), to też musi być on usunięty; szpary złamania nie znać zupełnie.







Rys. 6c. Przyp. 2. Rntg. po upadku na łokieć w 6 tyg. po zabiegu.

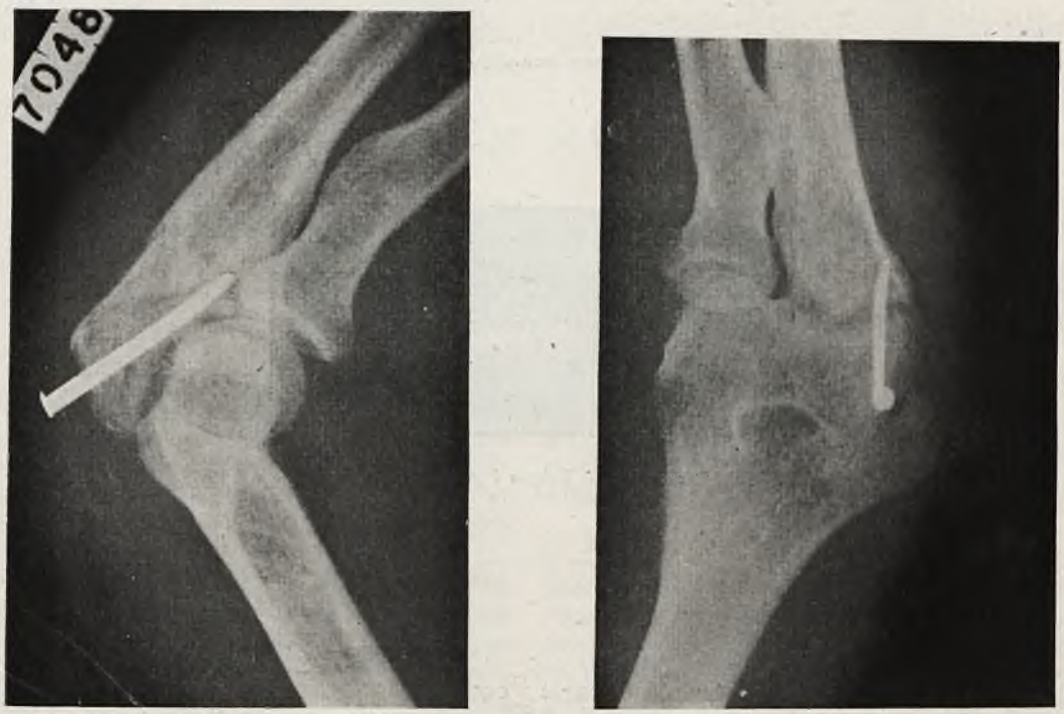


Rys. 6d. Rntg. po ponownym zabiegu.



Rys. 7a. Przyp. 3. Rntg. pierwotny.

Przypadek 3. (rys. 7a-e). Rntg. przedstawiają obraz po złamaniu, po zabiegu i po usunięciu gwoździa; fotografie ilustrują zakres ruchów w 5 mies. po zabiegu.



Rys. 7b. Przyp. 3. Rntg. po zabiegu.





Rys. 7c. Przyp. 3. Rntg. kontrolny po wyjęciu gwoździa.



Rys. 7d, e. Przyp. 3. Zgięcie i prostowanie w łokciu.

Przypadek 4. (rys. 8a, b). Zastarzałe złamanie z dużym rozejściem się odłamów — klinicznie dobry zakres ruchów, ale znaczne osłabienie kończyny. zabieg wykonano w 2 mies. po złamaniu; wydłużenie ścięgna m. trójgłowego.



Rys. 8a. Przyp. 4. Rntg. zastarzałego złamania wyrostka łokciowego.



Rys. 8b. Przyp. 4. Rntg. po zabiegu.

Na 6 przyp., które zgłosiły się w ostatnich dniach do badania kontrolnego — stwierdziliśmy u 5-ciu pełny zakres ruchów i brak dolegliwości, w jednym (przyp. 2) nie duże ograniczenie prostowania i dolegliwości z powodu odczynu, jaki daje nie usunięty gwóźdź.

SKRZYNKA ŚWIETLNA

Przyczynek do techniki leczenia złamań trzonu kości udowej

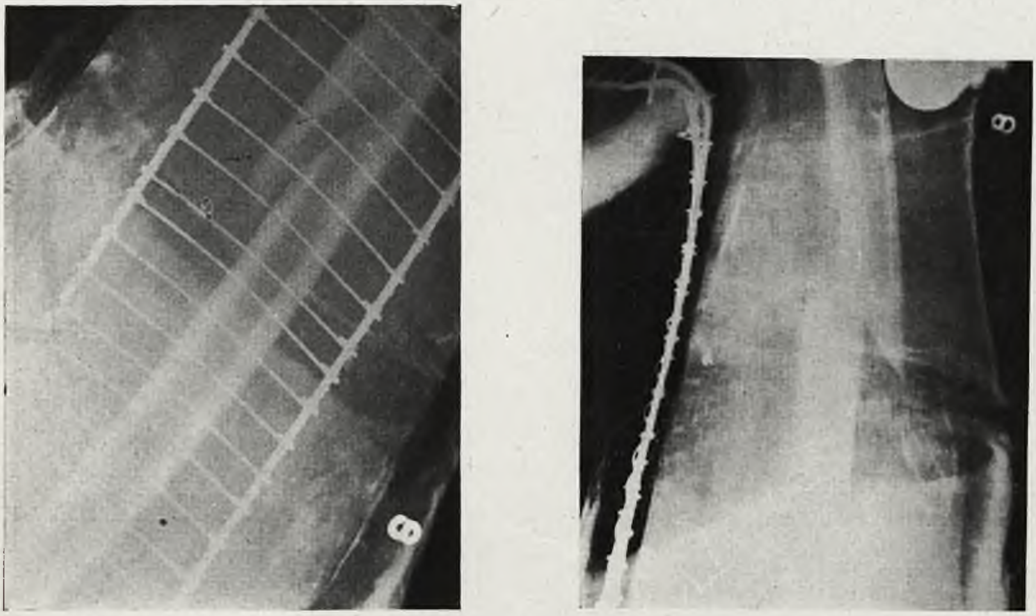
podał

Dr J. Szulc.

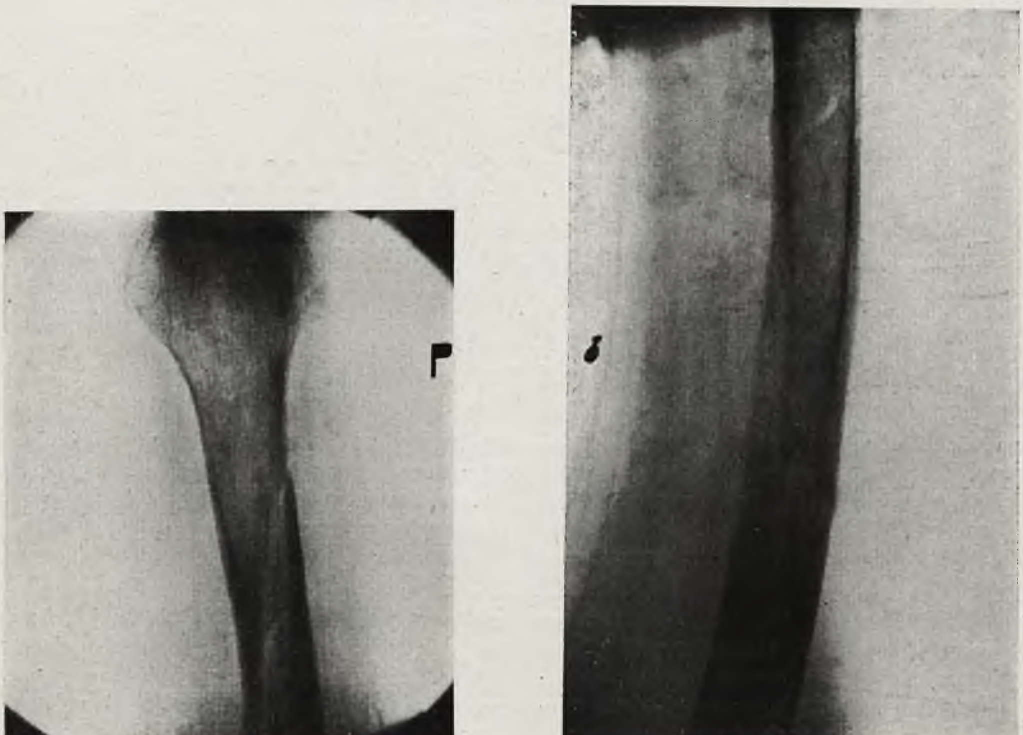
W uzupełnieniu ogłoszonych w Chirurgu Polskim prac, dotyczących metody leczenia złamań trzonu kości udowej, przyjętej w Instytucie Chirurgii Urazowej *(Skorko, Szulc, Wagner, Markowski)*, przedstawiam sposób przeprowadzenia wyciągu i nastawienia za pomocą dwu drutów Kirschnera, który okazał się pomocny dla uzyskania anatomicznego ustawienia odłamów w dwu podanych poniżej przypadkach:

Przypadek I. Chora Z. W., lat 52, upadła na ulicy i doznała skośnego złamania nadkłykciowego uda prawego. Po ułożeniu na szynie pionowej z wyciągiem, drutem poprzez kłykcie udowe, odłam obwodowy ustawia się uporczywie pod kątem, jak to przedstawia rys. 1. Skuteczne zastosowanie gipsowego mankietu korekcyjnego jest niemożliwe wobec rozległych pęcherzy na skórze. Wobec powyższego kończynę przeniesiono na podstawkę Brauna, zakładając drugi wyciąg drutem przez guzowatość piszczela, zaś pierwszego drutu użyto zamiast mankietu ko-

rekcyjnego, stosując wyciąg klamrą w płaszczyźnie prostopadłej do osi długiej odłamu, jak to widzimy na rys. 5. Odpowiednio dawkując obciążenie, odłam udało się ściągnąć do ustawienia anatomicznego. Po 7-miu tygodniach zrost jak na rys. 2.



Rys. 1 a, b.



Rys. 2 a, b.

Przypadek II. Chora F. J., lat 43, spadła z wału ziemnego. Złamanie poprzeczne uda lewego jak na rycinie 3. W przebiegu typowego leczenia na pionowej szynie natrafiono na trudności w uzyskaniu nastawienia wobec bardzo znacznej grubości tkanek miękkich uda i niemożności bezpośredniego zadziałania na odłam obwodowy. Po zastosowaniu dwu wyciągów drutem, z których jeden działał typowo w osi długiej uda, zaś drugi w płaszczyźnie do niej prostopadłej, zwal-





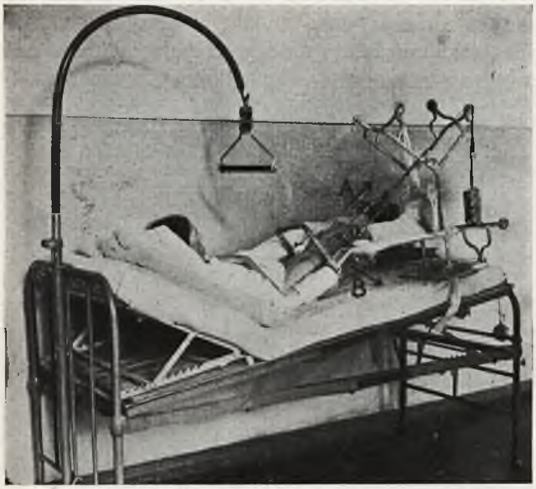
Rys. 3 a, b.

czono tendencję do ustawiania się odłamów pod kątem rozwartym ku tyłowi (rys. 6). Teraz dopiero udało się uzyskać ręcznie nastawienie anatomiczne (rys. 4).





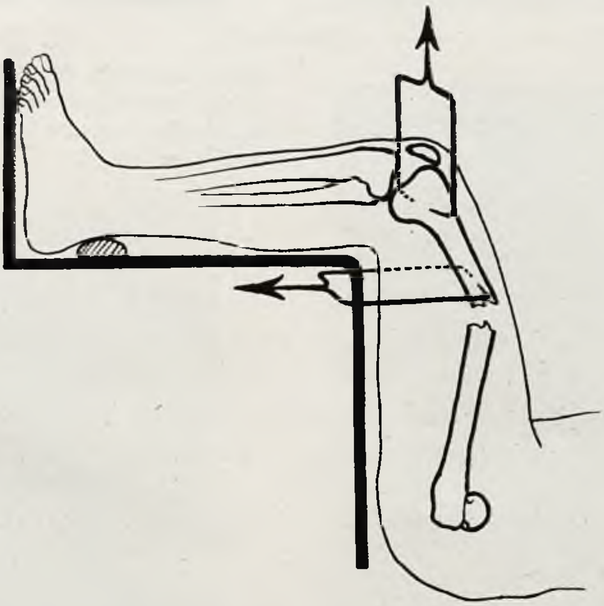
Rys. 4 a, b.



Rys. 5. Przyp. I. Kończyna ułożona na szynie Brauna. Wyciąg osiowy przeniesiony na guzowatość piszczela (klamra A), zaś poprzedniego wyciągu (klamrą B) użyto do zwalczania kątowego ustawienia odłama obwodowego.



Rys. 6. Przyp. II. Poza właściwym wyciągiem osiowym drutem (klamrą A) działa taki sam wyciąg w kierunku prostopadłym do osi długiej uda (klamra B), na odłam obwodowy.



Rys. 7. przedstawia w schematycznym ujęciu mechanizm działania obu wyciągów w przedstawionych przypadkach.

Z J A Z D Y

S P R A W O Z D A N I E.

Z 62 ZJAZDU CHIRURGÓW NIEMIECKICH (BERLIN 21 — 24 KWIETNIA 1938).

Tegoroczny Zjazd Chirurgów Niemieckich odbyty w Berlinie w dniach 21 — 24 kwietnia 1938, obradował nad czterema głównymi tematami:

1) Na jakiej podstawie rozpoznaje się dziedziczenie wrodzonych zaburzeń rozwojowych.

2) Martwica trzustki.

3) Wypadki komunikacyjne.

4) Leczenie operacyjne gruźlicy płuc i rozstrzeni oskrzeli.

Zainteresowanie tematami zwłaszcza pierwszym i trzecim ściśle związanymi z narodowo-socjalistyczną strukturą Rzeszy Niemieckiej sprawiło, że liczba uczestników przekroczyła z górą 1000; zwłaszcza, że w drugim dniu Zjazdu poświęconym wypadkom komunikacyjnym Zjazd Chirurgów Niemieckich obradował wspólnie z Towarzystwem Ortopedów Niemieckich, Niemieckim Towarzystwem Medycyny Wypadkowej i Zapobiegawczej, oraz przedstawicielami Policji, Zakładów i Towarzystw Ubezpieczeniowych.

Zjazd doroczny otworzył przewodniczący *Prof. Dr. Guleke* (Jena) witając gości i uczestników szczególnie zaś serdecznie chirurgów austriackich pierwszy raz biorących udział w Zjeździe jako obywateli Rzeszy. Czcząc pamięć zmarłych w ciągu ostatniego roku członków Towarzystwa wspomniał *Guleke* w gorących słowach o zasługach i pracach śp. *Prof. Dr. Bronisława Kadera.*

Po przemówieniach powitalnych radcy ministerialnego *Cropp'a* imieniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Ministra Wychowania i *Dr. Grotego* imieniem Naczelnej Organizacji Lekarskiej Niemiec, zebrani wybrali następujących chirurgów zagranicznych członkami korespondentami Towarzystwa Chirurgów Niemieckich:

Prof. Alessandri (Rzym).
Prof. Gerulanos M. (Ateny.
Dr. Makkas (Ateny).
Prof. Henschen C. (Bazylea).
Prof. E. Ruppaner (Samaden).
Prof. Einar Key (Sztokholm).
Prof. Petrén G. (Lund).
Dr. J. Schoemaker (Haga).
Dr. F. Schewket (Konstantynopol).
Prof. Hayashi Miyake (Japonia).
Prof. A. Stanischeff (Sofia).
Prof. Sauerbruch został wybrany honorowym członkiem Towarzystwa.

I. D Z I E Ń Z J A Z D U.

I. TEMAT PROGRAMOWY.

Na jakiej podstawie rozpoznaje się dziedziczny charakter wad rozwojowych?

Referat główny na ten temat wygłosił *v. Verschuer.* Wprowadziwszy najpierw pojęcie wrodzonej wady rozwojowej i ustaliwszy fakt, że każda wrodzona wada rozwojowa musi mieć jeden lub więcej zawiązków dziedzicznych referent uzasadnia, że dla stwierdzenia czy jakaś wada rozwojowa jest dziedziczna musi być przeprowadzony dowód na dziedziczność tej wady, który bardzo rzadko wynika z samego klinicznego rozpoznania wady rozwojowej. Dla przeprowadzenia tego dowodu musi być przebadana rodzina dotkniętego wadą, przy czym zaznaczyć należy, że w tej rodzinie mogą być inne, czasem bardzo nieznaczne wady rozwojowe. Bezpośredni dowód charakteru dziedzicznego wady uzyskać można tylko przez badanie bliźniąt jedno - jajowych i przez doświadczenia na zwierzętach. W niektórych przypadkach dla dowodu dziedziczności wady nie wystarcza doświadczenie kliniczne, ale trzeba się posługiwać metodyką badań genetycznych.

Jako p e w n e d z i e d z i c z n e s c h o r z e n i a uważa referent: łamliwość kości z niebieskimi twardówkami, wielokrotne narośla kostne i chrzęstne; bieg dziedziczenia tych spraw jest dominujący; u męskich osobników ma ta cecha wielką penetrację, słabiej zaś występuje u kobiet.

Do spraw d z i e d z i c z n i e n i e d o s t a t e c z n i e j e s z c z e w y j a ś n i o n y c h należą: wzrost karli, wzrost olbrzymi, wielokrotne enchodromata, wielokrotne wrodzone zesztywnienia stawów, — akrocephalosyndaktylia i ogólne postępujące skostnienie mięśni. Amelia i fokome-

lia, mimo, że są to wady rozwojowe spowodowane odsznurowaniami z błon płodowych jednak są stale spotykane w pewnych rodzinach. Nawet istnienie bruzd na kończynach nie jest dostatecznym dowodem świadczącym przeciw genetycznemu pochodzeniu tych spraw. Niedorozwój kończyn (np. krótkie falangi) może wskazywać, że istnieje zawiązek dziedziczny dla fokomelii czy amelii (fotografia rodziny brazylijskiej). Małżeństwa w pokrewieństwie mogą przy istnieniu nawet słabych zawiązków dziedzicznych dawać ciężkie wady rozwojowe.

W a r g a z a j ę c z a, r o z s z c z e p p o d n i e b i e n i a i s z c z ę k i w 20 — 30% przypadków jest sprawą dziedziczną, choć składają się na ich powstanie ogólne i miejscowe zahamowanie rozwojowe. Stopień wyrażenia się tej wady w potomstwie może być niejednakowy, czego dowodzą spostrzeżenia na bliźniętach.

Odnośnie do w r o d z o n e g o z w i c h n i ę c i a s t a w u b i o d r o w e g o to dziś przyjmuje się ogólnie, że zawiązki panewki są prawidłowe, a dopiero zaburzenia w kostnieniu panewki są powodem zwichnięcia. Byłaby to więc sprawa o mechaniźmie genetycznym podobnym do mechanizmu powstania wargi zajęczej, czy rozszczepu podniebienia. W rodzinach, w których spotyka się wrodzone zwichnięcie biodra częste są także płaskie panewki.

Ocena ciężkości wady rozwojowej (ponieważ tylko ciężkie wady rozwojowe wymagają sterylizacji) należy do kliniki i do biologa specjalisty spraw genetycznych.

Kreuz (Berlin): C z y w r o d z o n e z w i c h n i ę c i e s t a w u b i o d r o w e g o n a l e ż y u w a ż a ć z a „c i ę ż k ą" w a d ę r o z w o j o w ą w m y ś l u s t a w y? Pierwotna przyczyna wrodzonego zwichnięcia biodra jest nieznana. — Autor demonstruje przypadek spłaszczenia górnego brzegu panewki, które powstało w piątym roku życia po przebytym porażeniu dziecięcym. Tego rodzaju spłaszczenia mogą wrócić do normy bez śladu, bodziec czynnościowy może wytworzyć panewkę, czego nie spotyka się nigdy w żadnej wrodzonej wadzie dziedzicznej. — Demonstracja dwóch przypadków płodów, u których zmiany w położeniu w macicy były niewątpliwym powodem zwichnięcia. Wyjątkowo tylko zdaniem K. można uważać wrodzone zwichnięcie biodra za ciężką wadę.

Übermuth (Lipsk): na podstawie 1180 przypadków w a r g i z a j ę c z e j i r o z s z c z e p u p o d n i e b i e n i a dochodzi do wniosku, że dziedziczność tych spraw można wykazać tylko w 20% przypadków. Z samej oceny statystycznej (jakie dotknięci wadą zajmują stanowisko społeczne) wynika, że sprawy te nie są ciężkimi wadami rozwojowymi.

Sommer (Dortmund) omawia ł a m l i w o ś ć k o ś c i p r z y n i e b i e s k i c h t w a r d ó w k a c h, która jest uznana za ciężkie wrodzone zaburzenie rozwojowe, ponieważ osobniki nim dotknięte nie nadają się do ciężkiej pracy fizycznej. Jednak ludzi tych sterylizować można tylko po szczegółowym badaniu całego rodu, gdyż obserwacja kliniczna uczy (jedna rodzina badana przez cztery pokolenia), że ta łamliwość kości znika bezpowrotnie po 18-tym roku życia i ludzie ci są zdolni do ciężkiej pracy fizycznej, zrastanie się zaś złamanych kości w tej sprawie jest niesłychanie łatwe.

Maurer (Monachium) omówił na podstawie 31 przypadków obraz kliniczny i znaczenie p r z y k u r c z e n i a w z g i ę c i u p a l c ó w j a k o w a d y r o z w o j o w e j.

W d y s k u s j i nad pierwszym tematem zabierali głos: *Schröder* (Münster), *Rohlederer* (Berlin), *Stork* (Berlin), *Mau* (Hamburg), *Axhausen* (Berlin) i w końcu główny referat *v. Verschuer*. Wszyscy zgodnie zaznaczyli, że w stawianiu wskazań do sterylizacji w przypadkach fizycznych wad rozwojowych należy być bardzo ostrożnym. Nie rodzaj i rozległość wady rozwojowej, a jej genetyczne znaczenie decydują o sterylizacji.

Läwen (Królewiec): O p e r a c y j n e u s u w a n i e z a k r z e p ó w ż y l n y c h ma na celu uchronienie przed ewentualnymi zatorami i zawałami płuc, zniesienie zastoju żylnego w kończynie dotkniętej sprawą zakrzepową, oraz usunięcie w tej kończynie mniej lub więcej zaznaczonego skurczu tętnicy. Zabieg ten ma szczególnie ważne społeczne znaczenie. Chorzy, którzy przebyli sprawę zakrzepową w kończynie, pozostają na całe życie kalekami, gdyż pełna sprawność fizyczna kończyn nigdy nie wraca. Po usunięciu zaś zakrzepów do kalectwa nie dochodzi.

Autor miał dalsze trzy przypadki, z których dwa zakończyły się wynikiem pomyślnym.

Kulenkampff (Zwickau) oceniając swoje przypadki, w których o p e r a c y j n i e u s u w a ł z a k r z e p y z ż y ł podaje następującą technikę: operuje w znieczuleniu miejscowym najpierw podwiązuje v. saphena i wszystkie żyły wpadające do v. femoralis w okolicy fovea ovalis (ponieważ one później mogą być powodem dal-

szego tworzenia się zakrzepu). Po otwarciu żyły wchodzi do v. iliaca korncangiem możliwie najgłębiej i usuwa skrzepliny, po czym zeszywa żyłę.

W dyskusji przemawiali: *Fründ* (Osnabrück), *Biebl* (Królewiec), i *Magnus* (Monachium).

II. TEMAT PROGRAMOWY.
Martwica trzustki.

Nordmann (Berlin): Nowe poglądy na ostrą martwicę trzustki (m. t.) i jej leczenie. Problem martwicy trzustki uległ w ostatnich latach znacznym zmianom tak, że mimo iż był omawiany przed 11 laty na Zjeździe Chirurgów Niemieckich (referat *Schmieden'a)* należało go znowu rozpatrzeć. Nowe badania zmieniły już nawet samą nazwę sprawy. Nie powinno się używać nazwy (pancreatitis), „zapalenie trzustki" lecz wyłącznie „martwica".

W etiologii m. t. główną rolę grają schorzenia dróg żółciowych np. kamicę żółciową spotyka się w m. t. w 80% przypadków. Mechaniczne momenty jak zaczopowanie papilla Vateri przez kamień nie wchodzą w rachubę jako czynnik etiologiczny. Raczej czynnościowe, niż anatomiczne schorzenia dróg żółciowych mogą odgrywać w powstawaniu m. t. rolę np. zaburzenia w ciśnieniu żółci w drogach żółciowych, które referent określa jako dyskinezę dróg żółciowych. M. t. trzeba uważać jako „drugą chorobę" sprzężoną ze schorzeniami dróg żółciowych. Zaburzenia w ukrwieniu trzustki, w procesach fermentacyjnych (żółć aktywuje sok trzustkowy), oraz czynniki dzisiaj jeszcze nieznane mogą być przyczyną m .t.

Z metod rozpoznawczych nie mają dużego znaczenia, ani oznaczanie diastazy ani lipazy. Zwiększenie ilości cukru we krwi ma znaczenie prognostyczne.

Leczenie powinno być w początkowych okresach choroby i w przypadkach lekkich wyłącznie zachowawcze. Co do leczenia operacyjnego to niekiedy wystarcza samo otwarcie brzucha, przy czym nie powinno się otwierać torebki trzustki. Jeśli stan chorego na to pozwala powinno się usunąć przyczynę schorzenia m. t. tj. woreczek żółciowy.

W dyskusji v. *Bergmann* (Berlin) zajął stanowisko nieco inne. Jeśli chodzi o etiologię m. t. to kamica żółciowa nie odgrywa roli. Kamicę spotykamy niesłychanie często, a bardzo rzadko natomiast m. t.; dalej m. t. występuje u ludzi, którym już poprzednio usunięto woreczek żółciowy. Nie można więc uważać, m. t. za jakąś „drugą chorobę" w stosunku do kamicy, gdyż nie ma podobnych analogij w patologii. Jaka jest np. „pierwsza choroba" dla zapalenia nerek. — Woreczek żółciowy jest zbiornikiem żółci, który przy zaburzeniach ciśnienia w drogach żółciowych działa jak wentyl, jest on w stanie wyrównać wzmożone ciśnienie w drogach żółciowych, dlatego nie powinno się go usuwać. W leczeniu m. t., która ma formy kliniczne od najlżejszych do najcięższych, najważniejszą jest dieta głodowa.

Dalej zabierali głos w dyskusji: *Demel* (Wiedeń), *Wustmann* (Królewiec), *Bernhard* Giessen), *Puhl* (Kilonia), *Frey* (Düsseldorf), *Wildegans* (Berlin), *Haberer* (Kolonia), *Guleke* (Jena). Odnośnie do leczenia m. t. stwierdzają, że zabieg operacyjny nie ma dużego znaczenia na sam proces chorobowy i raczej wypowiadają się za leczeniem zachowawczym. Operacyjnie należy leczyć tylko następstwa m. t.: krwotoki i ropnie. Główną rolę w leczeniu zachowawczym gra dostarczenie choremu organizmowi dostatecznej ilości wody (stosowanie przez odbytnicę lub dożylnie wlewań 4,5% glukozy z insuliną). *Wustmann* poleca leczenie pankreatotropowym hormonem przedniego płata przysadki. *Haberer* uważa, że powinno się robić w przypadkach m. t. cholecystostomię a nie cholecystektomię ze względu na zaburzenia w ciśnieniu w drogach żółciowych.

Bauer (Wrocław): Dalsze doświadczenia nad substancjami rakotwórczemi. Tkanki nowotworowe źle znoszą substancje rakotwórcze (benzopyren, methylcholantren). Na tej zasadzie opierając się B. leczył 22 przypadki raków skórnych tymi substancjami. Siedmiu chorych jest zupełnie wyleczonych. Dla leczenia przerzutów trzeba używać roztworów wodnych, gdyż inne roztwory nie działają, stąd pochodzą wielkie trudności w wyszukiwaniu rozpuszczalników. — Benzopyren nie wchłania się przez przewód pokarmowy, nie można więc leczyć raka żołądka doustnie.

Henschen (Bazylea): Leczenie operacyjne pęknięcia żylaków przełyku powstałych bądź na tle wrodzonym, pozakrzepowym czy na tle marskości wątroby. H. leczył jeden przypadek żylaków przełyku podwiązaniem żył pod przeponą.

Rathcke (Giessen): Wpływ otwarcia jamy brzusznej na aparat lim-

fatycznyotrzewnej. Badania na świnkach morskich. Otwarcie jamy brzusznej bez uszkodzenia surowicówki (bez wysuszenia otrzewnej) przyspiesza wchłanianie z jamy brzusznej, działać tu ma tlen, który wchodzi w „stomata" nabłonka otrzewnej i rozszerza naczynia limfatyczne przez co one łatwiej wchłaniają. Reakcja dróg limfatycznych powoduje, że bakterie, które wnikają do otrzewnej w czasie otwarcia jamy brzusznej zostają łatwiej wchłonięte i zniszczone.

Forster (Solura): Leczenie zapalenia otrzewnej witaminą B_1 opracowane na 29 przypadkach zapalenia otrzewnej. F. podaje bezpośrednio po laparatomii przez 4 — 5 dni 3 razy dziennie po 1 cm^3 preparatu Benerva i 1 raz dziennie Benerva forte. Można podawać równocześnie i witaminę C (Redoxon). Leczenie to opiera się na następującej zasadzie: Brak witaminy B_1 w pokarmach powoduje zniesienie czynności jelit, atonię żołądka i jelit, zniesienie peristaltyki, osłabienie działania fermentów. Obraz ten jest identyczny z obrazem zapalenia otrzewnej, gdzie jady degenerując komórki i włókna nerwowe dają taki efekt jak hipowitaminoza B_1.

W końcu posiedzenia zademonstrowano dwa filmy przedstawiające zabieg operacyjny i sztuczną rękę o ruchach dowolnych. Filmy uzyskały Grand prix na zeszłorocznej wystawie światowej w Paryżu.

II. DZIEŃ ZJAZDU.

III. TEMAT PROGRAMOWY.

Wypadki komunikacyjne.

Referat główny wygłosił *Kirschner* (Heidelberg): Wypadki komunikacyjne (w. k.) i ich leczenie, opierając się na statystyce miasta Heidelberg z lat 1934 — 1936. W. k. są problemem społecznym ponieważ powodują ograniczenia zdolności zarobkowania, liczba ich corocznie narasta, straty dla społeczeństwa są coraz to większe. Dla chirurgów w. k. są doskonałym materiałem dla nauki chirurgii wojennej. W. k. dotyczą głównie wypadków automobilowych. Chory dotknięty w. k. powinien być leczony tylko w zakładzie, nie skierowanie zaś chorego do szpitala uważa K. za błąd w sztuce. Trzeba bowiem o tym pamiętać, że 83% śmiertelnych wypadków ginie w pierwszych 24 godzinach.

Omawiając część ogólną postępowania leczniczego zwraca uwagę K. na leczenie wstrząsu, który może wystąpić nawet w kilka godzin po wypadku. Leczenie: ciepłe napoje, środki zwężające naczynia krwionośne, wlewania dożylne z 5% glukozy, przy czym za najlepszy środek uważa on przetoczenie krwi.

Rany powinny być według zasad *Friedricha* okrojone, krwawienie zatamowane, środków dezynfekcyjnych nie powinno się używać. Dla unieruchomienia kończyn raczej należy używać szyn gipsowych niż innych. We wszystkich przypadkach w. k. *Kirschner* stosuje surowicę przeciwtężcową a w przypadkach ran silnie zanieczyszczonych surowicę przeciw zgorzeli gazowej. Dla zwalczenia bólu nadaje się najlepiej dożylne podawanie skopolaminy z eukodalem i efetoniną, co sprawia, że chorych bezpośrednio po zastrzyku można dokładnie przebadać. Nie stosowanie środków przeciwbólowych jest błędem w sztuce.

Część szczegółowa: urazy głowy mają śmiertelność 9%, przy czym połowa umiera w pierwszych 24 godzinach, a reszta ginie na skutek powikłań w ciągu 21 dni. Głównym powodem śmierci w tych przypadkach jest uszkodzenie mózgu. Zasady leczenia wedle K. są następujące: leczenie obrażenia tkanki mózgowej i ochrona mózgu przed zakażeniem. Obecność ran i wgniecenie kości są już wskazaniem do zabiegu. W przypadkach wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego należy wykonać nakłucie lędźwiowe, a jeszcze lepiej nakłucie komór aż do prawidłowych wartości w ciśnieniu płynu. Gdy zaś stan chorego nie pozwala na nakłucie, należy podawać dożylnie hipertoniczne roztwory glukozy. Każdy chory z urazem czaszki powinien być badany przez otologa, lecz leczony tylko przez chirurga.

Urazy klatki piersiowej w w. k. mają śmiertelność 5%. Zdjęcie rentgenowskie jest najlepszym diagnostą w tych przypadkach. Liczba złamanych żeber i wielkość wylewu krwawego do jamy opłucnej są wskaźnikami dla prognozy. Najlepszym zapobieganiem wylewom krwawym do jamy opłucnej jest należyte zaopatrzenie ran. Ewentualne opróżnienie klatki piersiowej z wylanej krwi najlepiej robić za pomocą stałego ssącego drenażu (można wówczas kontrolować stale ilość wylewającej się krwi, i zapobiegać przesunięciu śródpiersia).

W urazach jamy brzusznej tylko otwarcie jamy brzusznej może postawić pewne rozpoznanie, z którym zwlekać można najwyżej 3

godziny tj. do ustąpienia objawów wstrząsu. — Śmiertelność, która w urazach jamy brzusznej wynosi 25% przy stosowaniu otwarcia jamy brzusznej spadła do połowy. Należy pamiętać, że obrażenia jamy brzusznej mogą być nie stwierdzalne z powodu współistnienia wstrząsu mózgu. W obrażeniach nerek K. radzi jak najdalej posunięte leczenie zachowawcze. Na 17 przypadków urazów nerki trzykrotnie wykonał usunięcie nerki i wszystkie trzy przypadki skończyły się śmiercią.

W leczeniu złamań kończyn, które stanowią 62% wszystkich w. k. referent zajmuje następujące stanowisko: złamania kończyny górnej należy po wykonaniu nastawienia gipsować. Gips jest lepszy niż wszelakiego rodzaju najbardziej wymyślne szyny. Złamania kończyny dolnej leczyć należy wyciągiem drutowym. Tego rodzaju postępowanie daje K. takie wyniki, że tylko w 2% wszystkich złamań zmuszony jest do nastawień krwawych. Potrzeba amputacji zachodzi zaledwie w 0,3% wszystkich złamań. W końcu K. w pięknie zebranych wykresach przedstawił społeczne znaczenie w. k. (Rzecza Niemiecka traci co rocznie 300 milionów Rm., co godzinę ginie w Niemczech 1 człowiek z powodu w. k.). W 4% w. k. pochodzi z winy maszyny. Alkoholizm gra rolę podrzędną.

Buhtz (Jena): Sądowo-lekarska ocena przebiegu z. k. jest konieczna dla stwierdzenia w jakich warunkach śmierć nastąpiła i jaki był przebieg z. k. Zbyt mało zwraca się uwagi na stan ubrania dotkniętych z. k., co może niejednokrotnie wyjaśnić sam przebieg wypadków. Obrażeni w z. k. nie mogą być pewnymi świadkami, ponieważ często w z. k. bywają dotknięci wstrząśnieniem mózgu.

Zur Verth (Hamburg): Zagadnienie amputacji w leczeniu z. k. jest ważne, gdyż ciągle spotyka się błędy w technice amputacji i leczeniu następowym, co zmusza do reamputacji (na 63 amputowanych kończyn referent w ciągu półtora roku wykonał 11 razy reamputację). Referent omawia szczegółowo wszystkie błędy w technice, leczeniu następowym, higienie kikuta i stosowaniu protez.

Hohmann (Frankfurt n. M.) przedstawił zasady pielęgnowania kikuta kończyny i sposoby używania tymczasowych i stałych protez. Kikut amputowanej kończyny powinien być należycie ukrwiony, (systematyczne stałe ruchy czynne, opaska elastyczna) oraz nie powinno się dopuścić do wadliwego ustawienia kikuta i zesztywnienia sąsiednich stawów (już w pierwszych dniach po amputacji należy kłaść płasko amputowaną kończynę i możliwie szybko zaczynać ruchy czynne). Istnieją typowe przykurczenia kikutów w poszczególnych odcinkach amputowanych kończyn, te przykurcze zmuszają do wadliwego używania protez. Leczenie tych przykurczeń to: ruchy czynne i bierne, masaże, a często operacyjne przecięcia mięśni, czy nawet kości. H. występuje stanowczo przeciw stosowaniu protez tymczasowych, które są powodem przykurczów w stawach kikuta i złego używania protez właściwych. W końcu H. podaje jak należy uczyć używania protez.

Zollinger (Zürich): Doświadczenia w orzecznictwie późnych skutków z. k. Orzecznictwo w z. k. jest szczególnie ciężkie za względu na liczne trudności, które się tu napotyka: ustalenie związku przyczynowego między z. k. a naruszeniem zdrowia, niepewne zeznania świadków z. k. Ze strony poszkodowanego zaś celowe, lub nieumyślne fałszowanie wywiadów (przebyty przy z. k. wstrząs mózgu, tryb życia i warunki pracy poszkodowanego, jego charakter i stanowisko społeczne). Ważnymi w ocenie są także: czy auto nie było stare (złe hamulce), oraz choroby zawodowe szoferów (zatrucie tlenkiem węgla).

W dyskusji przemawiali *Magnus* (Monachium), *Huber* (Wiedeń), *Böhler* (Wiedeń), *Huchzenmeyer* (Gdańsk), *Schum* (Berlin), *Jungmichel* (Greifswald), *Harms* (Jena), *Evler* (Treptów), *Niessen* (Frankfurt), *Hertel* (Münster), *Orth* (Homburg) i w końcu główny referent *Kirschner*. Z dyskusji tej wynika, że ilość w .k. w stosunku do ilości aut raczej maleje. W stosunku do ilości chorych lecznych w szpitalach, ilość w. k. jest ta sama. W poszczególnych w. k. zwykle jest równocześnie kilka przyczyn: wada w motorze, szybka jazda, złe oświetlenie ulicy, a nadewszystko wadliwa organizacja ruchu ulicznego.

Wynik badania alkoholu we krwi świadczy tylko o użyciu alkoholu, ale z ilości alkoholu we krwi nie można wysnuwać wniosków o stopniu upicia się; niemniej te badania powinny być robione zwłaszcza przez policję.

Faber (Lipsk): Wygięcie kręgosłupa młodocianych a w. k.

V. Seemen (Monachium): Działalność stacji wypadkowej kliniki monachijskiej w latach 1926 — 1936.

Strupler (Monachium): Złamanie podudzia u narciarzy powstaje głównie

w czasie wykonywania zwrotu. Doznają tych złamań zwykle dobrzy narciarze ,nigdy zaś początkujący. Jakość, rodzaj wiązania nart odgrywają w tych złamaniach rolę. S. na podstawie 77 przypadków omawia mechanizm powstawania tych złamań, ich leczenie i wyniki lecznicze.

Stör (Heidelberg): Nieuznawanie urazowego pochodzenia przepuklin przeponowych przez prywatne zakłady ubezpieczeniowe. W przypadkach niewątpliwych pochodzi stąd, że w urazowym pęknięciu przepony z wypadnięciem do jamy opłucnej jelit używa się niesłusznie nazwy przepuklina a nie pęknięcie przepony, mimo iż brak worka przepuklinowego. Zakłady ubezpieczeń i sądy wiedzą z orzecznictwa, że przepukliny wogóle bardzo rzadko powstają na tle urazu i odnoszą to także do przypadków pęknięcia przepony zwłaszcza jeśli znawcy niesłusznie używają nazwy przepuklina.

Thomson (Frankfurt n. M.) omówił szczegółowo zaburzenia w statyce i mechanice całego narządu ruchowego wywołane przez zesztywniałe stawy kończyn dolnych. Zesztywnienia stawów są częstsze, gdyż zabiegi wytwórcze na stawach wykonuje się zbyt rzadko, częściej natomiast usztywnienia stawów. Usztywnione stawy kończyny dolnej wpływają na czynność kręgosłupa i wywołują w nim trwałe zmiany (skrzywienia). W przypadkach zesztywnienia stawów kończyny dolnej najpierw muszą być dokładnie rozpoznane zaburzenia jakie to zesztywnienie wywołuje i sposób chodzenia chorego (chodzenie poczernionymi stopami na papierze). W końcu T. podaje przykłady jak nieznacznymi tylko środkami można przy zesztywniałych stawach kończyn dolnych poprawić warunki chodzenia i czynność całego narządu ruchu.

Gebhardt (Hohenlychen): Operacyjne leczenie następstw porażenia dziecięcego. Będąc zdecydowanym przeciwnikiem wczesnego stosowania wszelkich aparatów ortopedycznych do odciążenia porażonych kończyn ponieważ niszczą one zupełnie zdrowy aparat mięśniowy zwłaszcza u młodych osobników G. stosuje jak najszerzej operacje wytwórcze ścięgien przy pomocy jedwabiu, po czym zwykle wystarczają tylko minimalne poprawki aparatami ortopedycznymi (wkłady, buty ortopedyczne).

Schulze (Hohenlychen): Zabiegi wytwórcze przy pomocy jedwabiu w przypadkach uszkodzeń stawu barkowego (zwichnęcie nawykowe i porażenia splotów nerwowych).

Groch (Hohenlychen): Zabiegi wytwórcze przy pomocy jedwabiu w ciężkich postaciach stawu cepowego kolana.

Bayer (Hohenlychen): Zabiegi wytwórcze w przypadkach źle zgojonych złamań rzepki.

Heiss (Berlin): Ambulatoryjne leczenie urazów sportowych wstrzykiwaniem cukru gronowego z nowokainą. Na podstawie 500 przypadków urazów sportowychi 200 przypadków mięśniobólów lędźwiowych (lumbago) H. podał wyniki leczenia tych spraw wstrzykiwaniami 10% roztworu cukru gronowego z dodatkiem ⅓ części 3% novokainy. Najlepsze wyniki daje to leczenie w przypadkach mięśniobólów lędźwiowych i obrażeń mięśniowych. W obrażeniach nerwów i okostnej wyniki są gorsze (podrażnienie okostnej). W obrażeniach ścięgien wystarcza ½ do 1 cm^3 płynu oraz na 8 dni unieruchomienie kończyny. Ta metoda lecznicza ma doniosłe znaczenie u sportowców zwłaszcza w okresie treningu ponieważ szybko usuwa dolegliwości i nie zmusza do przerywania treningu po urazie.

Böhler (Wiedeń) pokazał film obrazujący jego metodę leczenia złamań kręgosłupa z porażeniami oraz zademonstrował chorych przypominając, że przed 6-ciu laty na Zjeździe Chirurgów Niemieckich miał w dyskusji 6-ciu przeciwników swej metody, która dziś już stała się prawie powszechną.

Wystąpienie Böhlera spowodowało żywą dyskusję, w której wystąpili *Magnus* (Monachium), *Wachs* (Drezno), *Koch* (Buer), *v. Redwitz* (Bonn), twierdząc, że metoda Böhlera nie jest ani gorszą ani lepszą od innych metod; w niektórych przypadkach zawodzi podobnie jak inne metody. Odpowiadał *Böhler*.

Catterina (Genua) demonstrował skonstruowane przez siebie gumowe koszulki służące do umocowania ruchomej nerki do dwunastego żebra.

Bur (Schlettstadt) pokazał barwny film zabiegu operacyjnego wykonany metodą Francita.

III. DZIEŃ ZJAZDU.

IV. TEMAT PROGRAMOWY.

Leczenie operacyjne gruźlicy płuc i rozstrzeni oskrzeli.

Referat główny wygłosił *Sauerbruch* (Berlin). Odnośnie do chirurgicznego leczenia rostrzeni oskrzeli (r. o.) to nie wchodzą w rachubę r. o. na tle kiły, gruźlicy i rozedmy płuc a tylko rozstrzenie pochodzenia wrodzonego o czym dotychczas nie wiedziano. O pochodzeniu wrodzonym r. o. świadczy: występowanie r. o. u osobników młodych, prawie stałe ich umiejscowienie (dolny lewy płat), brak jakichkolwiek zrostów i niedodmy ze strony płuc, i wreszcie fakt, że rozstrzenie te leżą w zupełnie niezmienionej tkance płucnej.

Rozstrzenie te tylko wówczas nadają się do zabiegu operacyjnego, gdy nie opróżniają się z wydzieliny przy kaszlu. Rozstrzenie wrodzone należy leczyć wycięciem płata płuca. S. wykonywał zawsze wycięcie płata płuc dwuczasowo tj. najpierw zakładał plombę na 2 — 3 tygodnie dla wytworzenia zrostów a następowo usuwał płat. Anglicy stosując stały drenaż ssący dla rozprężenia płuca wykonują wycięcie płata płucnego jednoczasowo, co obecnie S. przyjął jako metodę, ale tylko dla przypadków wybranych (dobry stan chorego).

Gruźlica jest przede wszystkim chorobą konstytucjonalną i dlatego nie można w jej leczeniu stosować szablonowo żadnych metod leczniczych, a nawet torakoplastyki. S. podał historyczny rozwój chirurgicznych metod leczniczych gruźlicy płuc od początku ich powstania aż do wprowadzenia przykręgowego wycięcia żeber I — XII. Obecnie zaczyna się coraz częściej stosować częściowe plastyki, których podstawą jest jednak przykręgowa pełna torakoplastyka. W leczeniu jam gruźliczych trzeba ściśle odróżnić jamy wczesne, od jam starych o ścianach twardych. Małe wczesne jamy mogą się goić samoistnie (mimo to pros chorobowy może dalej postępować) i dlatego jest rzeczą błędną stosować dla leczenia jam wczesnych wszelkie formy torakoplastyki.

Z innych chirurgicznych metod leczniczych gruźlicy płuc zewnątrzopłucnowa odma w dzisiejszej postaci nie nadaje się do leczenia gruźlicy płuc, gdyż zbyt wiele daje powikłań. Plomba parafinowa nadaje się tylko jako uzupełnienie niedostatecznego zwężenia klatki piersiowej. Przeciwskazaniem dla jej stosowania są jamy płucne usadowione zbyt blisko powierzchni płuca. Dalszy postęp w leczeniu plombami zależał będzie od wynalezienia idealnego materiału na plomby. Stosowanie wyrwania nerwu przeponowego ma już dziś ściśle określone wskazania.

Przykręgowe wycięcie żeber jest podstawą stosowanych dziś częściowych torakoplastyk. Częściowa górna torakoplastyka dawać może wyniki tylko wówczas, gdy obejmuje VII — VIII żebro.

Rehn (Fryburg w Br.): O stosowaniu plomby polyviolowej i jej zaletach.

Stegemann (Dortmund): 11-letnie doświadczenie w chirurgicznym leczeniu gruźlicy płuc obejmujące 500 torakoplastyk. W stosowaniu torakoplastyk najważniejszymi są wskazania; od nich zależy procent śmiertelności pooperacyjnej i wyniki lecznicze. S. omawia swoją metodę uwalniania szcztów płuc z jednoczesnym zabiegiem wytwórczym przy pomocy mięśnia piersiowego, nadającą się do pewnych przypadków.

Stehr (Berlin): Zdjęcia ruchowe (kimografia) płuc jako metoda dla wskazań do chirurgicznego leczenia chorób płucnych. Wyniki lecznicze zależą od unieruchomienia ogniw chorobowych i zapadnięcia się jam płucnych. — Demonstrując zdjęcia ruchowe (kimograficzne) S. omówił wskazania i przeciwwskazania do odmy, wyrwania nerwu przeponowego, plomby i torakoplastyki oraz wyniki.

W dyskusji zabierali głos: *Schmidt* (Heidelberg), *Wohlfahrt* (Grabowsee), *Alexander* (Agra), *Fick* (Berlin), *Brunner* (St. Gallen). *Graf* (Coswig) *i Usadel* (Tübingen).

Killian (Fryburg): O odmie śródpiersiowej.

Lezius (Heidelberg): Zamykanie przetok oskrzelowych plastyką mięśniową metodą podaną przez *Niessena.* Zamknięcie się spontaniczne przetok oskrzelowych po zabiegach na płucach z powodu ropni czy rozstrzeni oskrzeli jest możliwe tylko w ciągu pół roku po zabiegu operacyjnym, później przetoki oskrzelowe nie goją się i pozostają na stałe. L. w 12-tu przypadkach przetok oskrzelowych zastosował zamknięcie ich uszypułowanym płatem mięśniowym z wynikiem zupełnie pomyślnym. W samej technice zabiegu bardzo ważnymi są: usunięcie żeber około przetoki oskrzelowej i ich re-

generatów na przestrzeni bardzo szerokiej dla zmniejszenia napięcia blizny płucnej, oraz wielkość i dobre odżywienie płata mięśniowego.

Irsigler (Hannover): Niedodma płuc występująca w częściach bliskich przepony po zabiegach operacyjnych w górnym odcinku jamy brzusznej ma swój charakterystyczny obraz kliniczny i radiologiczny, Sprawa cofa się bez śladu i często bywa mylnie rozpoznawana jako zapalenie płuc.

O'Shaugnessy (Londyn): Zademonstrował filmem wykonaną po raz pierwszy w r. 1936 kardioomentopeksję (przyszycie sieci do serca) stosowaną w przypadkach niedokrwienia mięśnia sercowego (miażdżyca, lub zakrzep tętnicy wieńcowej serca). Cięciem w 5-tym międzyżebrzu otwiera się klatkę piersiową i osierdzie. Po zmiażdżeniu leżącego w osierdziu ściennym nerwu przeponowego nacina się porażoną przeponę i przez otwór w niej wciąga się do jamy osierdziowej sieć, którą przyszywa się do mięśnia sercowego. W przypadkach gdy mięsień sercowy jest kruchy przykleja się sieć do serca przy pomocy pasty aleuronatowej. Wykonano już 20 takich zabiegów. Z pierwszej grupy 10-ciu przypadków jeden zmarł zaraz po zabiegu operacyjnym (pęknięcie serca); pięciu zaś w czasie od 6-ciu tygodni do 9-ciu miesięcy. Z drugiej dziesiątki zmarło trzech (2 w ciągu tygodnia po zabiegu a 1 w miesiąc). U reszty chorych stwierdzono wybitną poprawę, chorzy którzy należeli do chorych wyłącznie leżących, obecnie chodzą i wykonują swój zawód. Autor zastrzega się, że dziś jeszcze nie można z tych wyników wyciągnąć żadnych wniosków.

Krauss (Berlin): Wskazania i leczenie lejkowatej klatki piersiowej. Lejkowata klatka piersiowa powoduje przemieszczenie i ucisk serca i stąd pochodzące objawy jak duszność, sinica, przyspieszenie tętna. Zabieg operacyjny ma za cel uwolnić serce uciśnięte. Wykonuje się więc częściowo jedno lub dwustronne wycięcie mostka. Demonstracja przypadków i wyniki.

Adler (Berlin): Czynność grasicy w myasthenii i chorobie Basedowa. Myastenia jest spowodowana nadmierną czynnością grasicy. A. leczył 3 przypadki, w jednym udało mu się usunąć grasicę, w dwóch zaś uzyskał poprawę przez naświetlania grasicy promieniami Rentgena.

W chorobie Basedowa spotyka się mniej lub więcej zaznaczone objawy myastenii. Jest rzeczą możliwą, że groźne powikłania pooperacyjne w chorobie Basedowa są skutkiem istnienia nadmiernie wydzielającej grasicy. Grasicę winno się w chorobie Basedowa także usuwać. W przypadkach, w których na klinice *Sauerbrucha* usunięto grasicę w chorobie Basedowa żadnych powikłań pooperacyjnych nie było.

W końcu A. podaje, że udało mu się na psie wywołać wytrzeszcz oczu przez podawanie adrenaliny z grasicą.

Winkelbauer (Wiedeń): Całkowite wycięcie taczycy jako metodę leczniczą w schorzeniach narządu krążenia wykonał W. 12 razy i to w 5 przypadkach wad serca z niedomogą, w 4 przypadkach zapalenia mięśnia sercowego z niedomogą, w 2 przypadkach paralysis agitans i w 1 przypadku zarastającego zapalenia tętnic. W 3 przypadkach pozostawił W. tylko nieznaczne resztki tarczycy, w 9 zaś usunął tarczycę całkowicie, mając bardzo rzadko i to w łagodnej postaci tężyczkę. Ogólna śmiertelność wynosi 8%. Wyniki są bardzo dobre: ustąpienie sinicy, duszności i bezsenności, wraca zdolność reagowania mięśnia sercowego na leczenie internistyczne. Chorzy, którzy nie wstawali z łóżka wracają do swych normalnych zająć. Wpływ całkowitego wycięcia tarczycy na gospodarkę wodną ustroju (puchlina brzuszna, obrzęki) bywa zwykle nieznaczny.

W dyskusji v. *Schürer* (Wiedeń) podał wyniki kliniki *Denka* z 21 przypadków całkowitego usunięcia tarczycy, które były zupełnie zgodne z wynikami *Winkelbauera.*

De Martel (Paryż): pokazał film barwny, przedstawiający technikę wykonywania ventriculografii i zabieg operacyjny w przypadku guza mózgu.

Tönnis (Berlin): O genezie wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego w przypadkach guzów mózgu.

Hanke (Fryburg w. Br.): Zwężenie wodociągu Sylwiusza może być wynikiem nie tylko guzów mózgu, ale także może powstać na tle urazu, zaburzeń rozwojowych i przewlekłych spraw zapalnych. Na podstawie 28 przypadków z kliniki *Olivecrony* H. omówił obraz kliniczny, diagnostykę (najważniejszym w diagnostyce jest wynik ventriculografii: hydrocephalus internus komór bocznych i III komory), oraz leczenie operacyjne.

Fischer (Münster): Arteriografia tętnic mózgowych jest metodą pozwalającą na dokładne rozpoznanie spraw zwężają-

cych pojemność jamy czaszkowej: F. demonstruje szereg zdjęć.

W dyskusji *Mackh* (Hamburg) zaznaczał, że arteriografia pozwala na rozpoznawanie guzów leżących tylko w przedniej i środkowej jamie czaszkowej (zakres unaczynienia a. carotis interna).

Wanke (Kilonia): Rozpoznawanie obrażeń mózgu przy pomocy badania ciepłoty symetrycznych odcinków ciała przeprowadzone na 125 przypadków. Są dwie formy zachowania się ciepłoty symetrycznych odcinków ciała. Jeden typ to symetryczne podniesienie, lub obniżenie temperatury, drugi zaś to nieregularne zmiany w zakresie temperatury skóry niezależne od odcinków ciała. Te zmiany w temperaturze są wynikiem centralnych zaburzeń naczynioruchowych. Zmiany naczynioruchowe po urazach mózgu mogą prowadzić do „neurotycznych" krwotoków płucnych, zapaleń płuc, do zaburzeń w krążeniu trzustki (po urazowych wzmożeniu ilości cukru we krwi). Obrażenie mózgu może spodować naczynioruchowy wstrząs centralnego pochodzenia.

W dyskusji zabrał głos *Tönnis*.

Schönbauer (Wiedeń): Liczbę powikłań po ventriculografii można zmniejszyć do minimum stosując należytą technikę. Chory powienien być przygotowany do ventriculografii jak do zabiegu operacyjnego, krwawienie przy zabiegu musi być dokładnie opanowane a wreszcie wprowadzone do komór powietrze, działające jak ciało obce, powinno być usunięte przez następowe wypłukanie komór wprowadzeniem do nich fizjologicznego roztworu soli kuchennej lub płynu Ringera. Jednego, a na szczęście rzadko występującego powikłania tj. ependymitis haemorrhagica nie da się uniknąć. Sch. miał na 200 ventriculografii tylko jeden przypadek.

Zeller (Berlin) w dyskusji radzi używać przy ventriculografii narcylenu zamiast powietrza; narcylen jest 33 razy łatwiej rozpuszczalny w wodzie niż tlen i dlatego szybciej się wchłania.

Zenker i Hardt (Heidelberg): Niebezpieczeństwa leczenia odwadniającego w obrażeniach mózgu. Po urazach czaszki nie zawsze spotyka się wzmożenie ciśnienia śródczaszkowego. Niekiedy stwierdzić można obniżenie ciśnienia. Z. w tych przypadkach radzi wlewania dożylne 5% roztworu cukru gronowego.

Woytek (Berlin) przedstawił 1 przypadek pourazowego nagromadzenia powietrza w jamie czaszkowej *(pneumocephalus externus traumaticus)* będącego rzadkim, a ważnym powikłaniem po urazach czaszki.

W dyskusji przemawiał *Gross* (Stuttgart).

IV. DZIEŃ ZJAZDU.

Pichler (Wiedeń): Operacyjne leczenie rozszczepu podniebienia i szczęki sposobem Veau. P. na podstawie 179 operowanych przypadków omówił trudności operacyjne i wyniki.

W dyskusji zabierali głos *Usadel* (Tübingen), *Kirschner* (Heidelberg).

Deckner (Berlin): Cytologia nowotworów złośliwych.

Hintze (Berlin): Rodzaj nowotworu złośliwego, a trwałe wyniki lecznicze. W leczeniu operacyjnym nowotworów złośliwych trwałe wyniki lecznicze niewiele zależą od mikroskopowej budowy nowotworów, natomiast w leczeniu nowotworów energią promienistą budowa histologiczna ma decydujące znaczenie. H. na podstawie 1200 przypadków raków skóry, sutka i żołądka leczonych operacyjnie i energią promienistą oraz sposobami kombinowanymi omówił zależność występowania tych nowotworów i wyniki lecznicze w zależności od wieku chorych natury drobnowidowej nowotworu i umiejscowienia.

W dyskusji nad tym ciekawym zagadnieniem dorzucili swoje spostrzeżenia: *Finsterer* (Wiedeń), *Anschütz* (Kilonia) *i Guleke* (Jena).

Bromeis (Tübingen): Wpływ karmienia na rozwój raka sutka. Okres karmienia jest hormonalnie antagonistyczny w stosunku do okresu hormonalnego ciąży. W okresie karmienia powstałe raki sutka mają przebieg łagodny, a samo karmienie ma wpływ hamujący na rozwój raka sutka. Stwierdzone to zostało na materiale klinicznym i na spontanicznie występujących nowotworach sutka u myszy.

Most (Wrocław). Glandula paramammaria i jej znaczenie dla rozpoznawania raka sutka. M. podaje 3 przypadki, w których powiększenie i mikroskopowe stwierdzenie raka w glandula paramammaria było pierwszym i jedynym objawem raka sutka. Zabieg operacyjny dopiero pozwolił

na znalezienie ogniska pierwotnego w usuniętym sutku.

W dyskusji przemawiał *Doerfler* (Weisenburg).

Bernhardt (Giessen): Różne metody badania krwi u chorych z nowotworami i ich znaczenie rozpoznawcze i prognostyczne dla przebiegu nowotworów. U 1000 chorych operowanych z powodu raka przeprowadzono próby *Fuchs'a, Wildschmidt - Leitz'a, Lehmann'a, Farius'a, Freund - Kaminerówny* i to tak przed zabiegiem, jak też badano zachowanie się tych reakcyj przez okres jednego roku po zabiegu operacyjnym. Badania dały następujące wyniki: żadna z tych prób w wypadkach istnienia niewątpliwego nowotworu złośliwego nie zawsze wypada dodatnio (próba *Fuchs'a* w 89%). Niekiedy wypadają wyniki dodatnie u osobników zdrowych lub cierpiących na schorzenia nienowotworowe (zwłaszcza schorzenia wątroby i dróg żółciowych lub tzw. stany przedrakowe np. mastitis chronica). Wynik ujemny tych prób u chorych wyleczonych z nowotworów złośliwych świadczy niewątpliwie o wyleczeniu jeśli utrzymuje się stale. Jeśli zaś po leczeniu próby te wypadają dodatnio, to później u chorych tych niewątpliwie przychodzi do nawrotów względnie przerzutów nowotworów.

W dyskusji przemawiał *Schneider* (Fryburg).

Griessmann (Giessen): Zmniejszenie ilości kwasu askorbinowego w moczu jako wskaźnik do stosowania witaminy C w schorzeniach chirurgicznych. Dla dokładniejszego oznaczenia kwasu askorbinowego w moczu konieczne jest oznaczenie obciążenia organizmu witaminą C i oznaczanie ilości wydzielanej witaminy C. U zdrowego przy dziennym obciążeniu 3000 mg kwasu askorbinowego występuje w ciągu 3 — 5 dni wydzielenie 50% dostarczonej witaminy. Wydzielanie mniejsze niż normalnie po obciążeniu stwierdził G. w złamaniach kości u osób starych w nowotworach złośliwych. G. poleca za *Volkmannem podawać 3* — 500 mg. redoxonu dożylnie przed głębokimi narkozami. Chorzy tak przygotowani znoszą gładko nawet bardzo ciężkie zabiegi po uśpieniu budzą się szybko bez wymiotów.

W dyskusji *Makowsky* (Tübingen) zaznaczył, że duże zapotrzebowanie witaminy C stwierdza się u chorych na przerost gruczołu krokowego i u młodych osobników z nowotworami złośliwymi. Jako lepszą metodę dla oznaczania zużycia witaminy C uważa oznaczanie witaminy C we krwi metodą *Schrödera.*

Lauber (Marburg): Witaminy a przemiana węglowodanów w uśpieniu eterowym. W czasie uśpienia eterowego zmniejsza się wybitnie ilość glykogenu w wątrobie. U zwierząt którym przez kilka dni przed uśpieniem eterowym podawano witaminę B_1 zmniejszenie ilości glikogenu w wątrobie było nieznaczne.

V. Brandis (Fryburg w. Br.): Znaczenie badania czynności wątroby dla wskazań do zabiegu operacyjnego.

Klages (Halle n. S.): Czynność odtruwająca wątroby w ostrych schorzeniach jamy brzusznej.

Örth (Homburg): O stosowaniu przetoki żółciowej w przypadkach raka nie nadającego się do zabiegu.

Stanischeff (Sofia) przedstawił przypadek obustronnego zesztywnienia stawów biodrowych, kolanowych i skokowych na tle gośćca. W przyp. tym S. uruchomił stawy biodrowe metodą własną, przezkrętarzową osteotomią k. udowej.

Usadel i Wahl (Tübingen): Rola mięśni prostych brzucha w przypadkach cięć operacyjnych w linii białej. Mięśnie proste brzucha nie tylko znacznie osłabiają działanie mięśni brzusznych, działających w kierunku bocznym ale mogą to działanie zupełnie znosić. Chronią więc one ranę operacyjną wykonaną w linii białej w górnej połowie brzucha przed rozciąganiem. Nie powinno się więc przy wykonywaniu cięć w linii białej otwierać torebek mięśni prostych, szwy nie powinny przechodzić ani przez same mięśnie ani przez ich torebki. Po zabiegu zaś, w których otwarto górną połowę jamy brzusznej cięciem środkowym powinni chorzy od pierwszego dnia po zabiegu ćwiczyć mięśnie proste.

Wagner (Halle n. S.): Wyniki zabiegów operacyjnych stosowanych w zupełnym zamknięciu dróg żółciowych. Na 36 przypadków (26 zespoleń pęcherzykowo - żołądkowych i 8 zespoleń pęcherzykowo-dwunastniczych) 5 chorych zmarło w pierwszych 6-ciu dniach po zabiegu, 21 chorych żyło 5 tygodni do 5-ciu lat po zabiegu nie

tylko bez dolegliwości ale w pełnej zdolności do pracy.

W dyskusji przemawiali *Finsterer* (Wiedeń), *Anschütz* (Kilonia), *Völker* (Halle n. S.), *Goetze* (Erlangen).

Goepel (Erlangen): Jaki wpływ na czynność narządów miednicy wywiera wycięcie prostnicy z powodu raka. Wyniki oparł G. na chorych żyjących 7 — 30 lat po wycięciu prostnicy. Zachowanie zwieracza u tych chorych sprawiło, że 4 chorych z 10-ciu ma zupełną zdolność zatrzymywania stolca, reszta jest w stanie uchronić się przed bezwiednym oddawaniem stolca dzięki temu, że odczuwa potrzebę oddania stolca. U wszystkich chorych libido, erekcje i ejakulacje są zachowane. Porażeń zwieracza pęcherza nie stwierdza się.

Goetze (Erlangen) podał nową metodę usuwania kamieni moczowych z moczowodu *(Ureterolithotomia parasacralis)* opracowaną na 9-ciu przypadkach.

Franke (Achern): Leczenie wypadania kiszki stolcowej.

Wohlleben (Hamburg): O wycinaniu nożem elektrycznym gruczołu krokowego.

Rieder (Lipsk): Czy istnieje endangitis obliterans pochodzenia urazowego. Jednorazowy uraz nie prowadzi do endangitis obliterans. R. stwierdził to na podstawie 220 przypadków urazu podudzia i stopy badanych 3 — 31 lat po urazie. U 250 robotników pracujących aparatami poruszanymi sprężonym powietrzem R. nie stwierdził także nawet śladu endangitis obliterans.

Neumann (Berlin) przedstawił tzw. histotom tj. przyrząd do pobierania wycinków próbnych z narządów głęboko położonych.

Puhl (Kilonia): O pochodzeniu mesenchymalnym pierwotnych nowotworów kości.

Hellner (Münster): Guzy olbrzymiokomórkowe a mięsaki kości.

Kintscher (Kilonia): Schorzenia kości stawów powstałe na tle mechanicznym.

Haase (Berlin): Zmiany w przeszczepie kostnym powstałe pod wpływem czynników mechanicznych.

Biebl (Magdeburg): Leczenie stawów rzekomych t.zw. „giętkim” przeszczepem kostnym.

Haberland (Kolonia): Przeszczepienie kości w gruźlicy kości.

Na temat stosowania gwoździa w leczeniu złamań szyjki kości udowej mieli dwa referaty *Hoffheinz* (Królewiec) i *Fick* (Berlin). W dyskusji zaś zabierali głos *Fründ* (Osnabrück) i *Böhler* (Wiedeń).

Meltzer (Saarbrücken): Czy brak objawu szufladowego dowodzi całości wiązadeł krzyżowych w kolanie. Na podstawie 3 przypadków operowanych stawów kolanowych M. mógł stwierdzić, że przerwanie przedniego wiązadła krzyżowego kolana nie daje objawu szufladowego. W przypadkach tych były tylko następujące objawy: często powtarzające się wysięki stawowe, niepewny chód i bolesność uciskowa w górnym brzegu rzepki.

Denecke (Erlangen) przedstawił przypadek gdzie w półtora roku po sterylizacji u mężczyzny wróciła drożność nasieniowodu po częściowym wycięciu. Mężczyzna ten mimo sterylizacji został ojcem i miał w ejakulacie plemniki. Przy powtórnym zabiegu stwierdzono regenerację zupełną nasieniowodu mimo, że uprzednio wycięto półtora cm. nasieniowodu. D. poleca wycinać przy sterylizacji 6 — 8 cm nasieniowodu.

Rüd (Erlangen) demonstrował 3 przypadki zabiegu wytwórczego pęcherza moczowego z jelita cienkiego. 1 chory zmarł, 1 dał wynik ujemny a 1 dodatni.

J. Kowalczyk (Kraków).

KRONIKA

PROGRAM KURSU:

Komitet Organizacyjny Lekarskich Kursów Wakacyjnych w Ciechocinku — Cieplicy zawiadamia, że *XI Lekarski Kurs Wakacyjny wraz z „Dniem Pediatrycznym” Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego* odbędzie się w dn. 2, 3, 4.IX 1938 r. w Ciechocinku — Cieplicy.

Czwartek, dnia 1.IX.1938 r. godz. 21 min. 15.

Zebranie towarzyskie zapoznawcze w salonach Zdrojowiskowego Klubu Towarzyskiego w nowym gmachu Państwowego Zakładu Zdrojowego (ul. Nieszawska 2, nad kawiarnią „Europa”).

P i ą t e k, dnia 2.IX.1938 r.
Godz. 9.15.

Otwarcie XI Lekarskiego Kursu Wakacyjnego wraz z „Dniem Pediatrycznym" Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego i przemówienia.

Godz. 9.45 — 13.00 wykłady:

1. Godz. 9.45 — 10.30. Profesor Dr med. *Hiller Stanisław* (Wilno): „Głód jako zjawisko biologiczne i jego wpływ na przemianę materii.
2. Godz. 10.45 — 11.30. Profesor Dr med. *Lubieniecki Jan* (Poznań): „Leczenie głodowaniem".
3. Godz. 11.45 — 12.30. Docent Dr med. *Zawodziński Tadeusz* (Warszawa): Hormonoterapia w ginekologii".
4. Godz. 12.35 — 13.00. Wyświetlenie filmu dźwiękowego: „Fazy produkcji hormonu jajnikowego Oestrin Klawe".
5. Godz. 15.00. Zwiedzanie urządzeń Zdrojowiska (Tężnie. Warzelnie. Park Zdrowia: pływalnia solankowo-termalna, ogródek Jordanowski itd.), poprzedzone wykładem orientacyjnym Lekarza Zakładowego Dra med. *W. Iwanowskiego* oraz objaśnieniami w Parku Zdrowia Kierownika tegoż, Dra med. *E. Zarzyckiego.*
6. Godz. 21.00. Raut.

S o b o t a, dnia 3.IX.1938 r.
Godz. 10.00 — 12.45 wykłady:

1. Godz. 10.00 — 10.45. Profesor Dr med. *Mazurkiewicz Jan* (Warszawa): „Bezsenność i jej leczenie".
2. Godz. 11.00 — 11.45. Profesor Dr med. *Raszeja Franciszek* (Poznań): „Schorzenia stawu biodrowego, ich rozpoznanie i leczenie z uwzględnieniem leczenia zdrojowiskowego i mechanomedycznego".
3. Godz. 12.00 — 12.45. Profesor Dr med. *Gorecki Zdzisław* (Warszawa): „Leczenie krwiotoczności".
4. Godz. 14.30. Dalszy ciąg zwiedzania urządzeń Zdrojowiska (źródła, łazienki: borowinowe, solankowe, cieplice; wziewalnie, emanatorium radowe, wodolecznicze, elektrolecznicze oddziały itd.), poprzedzone orientacyjnym wykładem Lekarza Zakładowego Dra med. *W. Iwanowskiego.* Objaśnień na miejscu udzielać będą również i Kierownicy poszczególnych oddziałów (prof. Dr med. *J. Szmurło,* Dr med. *P. Rudzki).*
5. Godz. 20.00. Zebranie Koleżeńskie (strój dowolny).

N i e d z i e l a, dnia 4.IX.1938 r.
Godz. 10.00.

Otwarcie „Dnia Pediatrycznego" Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

P o w i t a l n e p r z e m ó w i e n i a:

Prof. Dra med. *J. Szmurly,* Przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego Lekarskich Kursów Wakacyjnych.

Dyrektora Państw. Zakł. Zdrojowego, *S. Wiśniewskiego,* Członka Komitetu Organizac. Lek. Kursów Wakac.

Zagajenie „Dnia Pediatrycznego" przez Dra med. *T. Kopcia,* Prezesa Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

Godz. 10.15 — 13.00 wykłady:

1. Godz. 10.15 — 11.00. Docent Dr med. *Kaulbersch-Marynowska Hanna* (Wilno): „Gruźlica dziecięca a leczenie solankami".
2. Godz. 11.15 — 12.00. Dr med. *Starkiewicz Szymon* (Busko): „Leczenie sanatoryjno-zdrojowiskowe dzieci gruźliczych".
3. Godz. 12.15 — 13.00. Profesor Dr med. *Szenajch Władysław* (Warszawa): „Walka z zakażeniami dziecięcymi na terenie zdrojowiska i uzdrowiska".

Zakończenie „Dnia Pediatrycznego" — przemówieniem prof. Dra med. *Wł. Szenajcha,* Stałego Sekretarza Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

Zamknięcie XI Lekarskiego Kursu Wakacyjnego wraz z „Dniem Pediatrycznym" Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

Godz. 14.30. Wycieczka do Bydgoszczy (autobusem), zwiedzenie szpitala.

Godz. 15.00 — 15.15. Wycieczka do Nieszawy (autobusami).

Wykłady odbywają się w Głównym Parku Zdrojowym w Czytelni.

Opłata od uczestników Kursu i „Dnia Pediatrycznego" zł. 20.—; od osoby towarzyszącej (żona, córka, syn) zł. 15.—.

Uczestnicy Kursu i „Dnia Pediatrycznego" mają zapewnione w dn. 2, 3, 4.IX bezpłatne mieszkanie w Zdrojowisku oraz korzystają z ulg kolejowych w drodze powrotnej.

Biuro Kursu i „Dnia Pediatrycznego" czynne w czasie wykładów w Czytelni w Głównym Parku Zdrojowym.

Biuro kwaterunkowe czynne od południa 1.IX do 2.IX do godz. 9 rano na dworcu kolejowym; od godz. 9 rano dn. 2.IX w Biurze Kursu i „Dnia Pediatrycznego" w Głównym Parku Zdrojowym (Czytelnia).

Odznaka Kursowa upoważnia do bezpłatnego korzystania w dn. 2, 3 i 4.IX z kąpieli i zabiegów leczniczych oraz wejścia do Parku Zdrojowego i Parku Zdrowia.

Dla uczestników Kursu i „Dnia Pediatrycznego" zorganizowana została Wystawa wyrobów i przetworów farmaceutyczno-lekarskich.